

Suite de la note des Traducteurs.

tifs (on a inscrit par erreur *hydradénomes*), cou et poitrine — et notre assistant distingué L. JACQUET, ayant, à notre instigation, soumis à l'examen histologique, de concours avec DARIER, des fragments biopsiques, la question est enfin entrée dans une voie progressive.

Nous ne sommes pas, avec L. JACQUET, les premiers à avoir contesté la légitimité du terme de lymphangiome appliqué à la maladie décrite d'abord par HEBRA et KAPOSI — Voyez particulièrement G. HOGGAN, On multiple lymphatic nævi of the skin, and their relation to some kindred diseases of lymphatics, Plate XVI, in *The Journ. of Anat. et Physiol.*, vol. XVIII, p. 304; III. Lymphang. tub. mult. p. 319 à 321; et L. TÖRÖK, Lymphangioma circumscriptum, *Monatsheft. f. prakt. Dermat.*, 1890, p. 418.

Sur l'identité de nos observations avec le fait de KAPOSI, il ne peut subsister de doutes : Si l'on compare, en effet, notre pièce du Musée de Saint-Louis — 4175, année 1886 — les descriptions clinique et histologique, avec chromographie et dessins histologiques de DARIER et JACQUET — Idradénomes éruptifs (épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares ou adénomes sudoripares), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. VIII, 1887, p. 317, avec chromographie et dessin histologique; de QUINQUAUD — Note sur le cellulome épithélial éruptif (épithélioma adénoïde des glandes sudoripares de Jacquet et Darier, Idradénome éruptif de Besnier, Syringo-cystadénome de Török et Unna), Congrès de dermatologie de Paris en 1889, *compte rendu*, p. 412 et et suiv.; de L. TÖRÖK — Das Syringo-Cystadenom, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, T. VIII, p. 416; de L. JACQUET — Épithéliome kystique de la peau, *ibid.*, p. 416, — il est impossible de ne pas remarquer l'analogie étroite qui les relie tous les uns aux autres :

Au point de vue clinique, même siège, même aspect des éléments, même origine et même évolution, congénitalité ou innéité vraisemblables, etc.

Sous le rapport anatomique élémentaire, tous constatent qu'il s'agit de néoplasies épithéliales du type bénin, kystiques ou cystoïdes, et si l'on confronte les dessins de KAPOSI avec la planche du mémoire de DARIER et JACQUET, on y reconnaît aisément, dans les kystes, quelques-uns en connexion avec un cordon plein, les « lymphatiques à parois épaissies et tapissées d'endothélium » de KAPOSI, constatations déjà faites antérieurement sur notre malade par BALZER, mais non publiées.

Les sujets qui ont été observés sont jeunes, de l'un et de l'autre sexe; l'affection qu'ils présentent ne leur cause aucun désagrément matériel, à peine un peu de prurit ou de picotement quand la température de la peau s'élève; mais elle les désoblige plus ou moins au point de vue plastique pendant la période affective de l'existence, ou encore parce qu'elle est confondue avec quelque maladie suspecte, la syphilis par exemple.

Le lieu d'élection est représenté par le col et par la région thoraco-abdominale antérieure, mais l'éruption peut être rencontrée sur les autres points du tronc et des membres, particulièrement du côté de la flexion. Très nombreux, les éléments éruptifs sont lenticulaires,

Suite de la note des Traducteurs.

constitués de papulo-tubercules ne dépassant guère en profondeur l'étage moyen du derme, et ne surplombant la surface que de 1 à 3 millimètres environ. Quelquefois voisins, jamais en groupes réguliers, toujours disséminés; au thorax très visiblement disposés en séries linéaires ou en rangées parallèles dans la direction des crêtes qui couronnent les orifices sudoripares; d'une teinte rosée jaune variable; à surface non desquamative, lisse ou finement plissée, sans dépression, ni ombilic, ni ostium; d'une forme plus ou moins régulièrement arrondie ou ovale; à peu près de la consistance du derme normal, et variables du volume d'une épingle à celui d'un petit pois ou d'une lentille qu'ils ne paraissent pas pouvoir dépasser, quelle que soit leur ancienneté. Ils n'ont aucune tendance à la régression, progressent, puis stationnent comme les nævi, ne sont le siège d'aucune exsudation, d'aucun phénomène irritatif, ne s'ulcèrent ni ne dégèrent; leur bénignité est absolue.

La guérison de ces lésions, aussi bien que celle des nævi, ne s'obtient que par destruction; l'électrolyse, la galvanocaustique, le thermocautère, sont les meilleurs moyens et les plus simples. Tous les autres agents, locaux ou généraux, ont été essayés par nous sans succès.

Du consentement commun de tous les histologistes que nous avons cités (DARIER, JACQUET, UNNA, TÖRÖK, QUINQUAUD), il s'agit dans cette affection de petits *épithéliomes kystiques*, de nature bénigne (il faut ajouter absolument bénigne). Les dissentiments commencent quand il s'agit d'interpréter les faits au point de vue de l'histogénèse: DARIER croit à un *bourgeonnement émané des glandes sudoripares adultes*, tan dis que UNNA et TÖRÖK admettent un *développement anormal des germes embryonnaires des glandes sudoripares*. QUINQUAUD déclare ne pouvoir reconnaître d'une manière positive et certaine l'origine exacte de ces productions.

Certes, dit-il, — *loc. sup. cit.*, p. 416, — les dimensions, la forme peuvent faire penser que l'épithélium du canal excréteur sudoral en est le point de départ (DARIER), mais la chose n'est pas absolument certaine. Or, quand un fait n'est pas certain, il est préférable de rester dans le doute, tout en essayant à découvrir la vérité par tous les moyens possibles.

Nous pensons que des cellules épithéliales aberrantes peuvent devenir le point de départ du cellulome éruptif qui aurait, ainsi, une origine congénitale, avec une évolution tardive dans le jeune âge. Cette hypothèse nous paraît, pour le moment, la plus plausible et s'accordant le mieux avec la clinique et l'anatomie pathologique.

J'arrive (QUINQUAUD) à conclure qu'il s'agit là d'un *cellulome épithélial éruptif kystique*, c'est-à-dire d'une tumeur bénigne d'origine épithéliale. Je distingue, en effet, les tumeurs qui dérivent de l'épithélium en deux catégories: les unes, les cellulomes épithéliaux, qui sont des tumeurs bénignes; les diverses variétés d'épithéliome classique, qui sont des tumeurs malignes.

Appuyant les doutes philosophiques émis par Quinquaud, JACQUET, selon la théorie des inclusions cellulaires de Conheim, considère que les

Suite de la note des Traducteurs.

productions épithéliales dont il s'agit sont développées aux dépens de débris para-épithéliaux erratiques, émanés à la période embryonnaire de la face profonde de l'ectoderme, ou de ses bourgeons glandulaires; et il compare ces productions à celles que MALASSEZ a signalées dans le chorion de la muqueuse gingivale. DARIER se range, à présent, à cet avis.

Si l'on descend des hauteurs de cette anatomie de l'avenir, on peut, sans dépasser les limites du présent, considérer ces tumeurs comme des homéoplasmes épithéliaux bénins, probablement émanés de fragments aberrants des organes différenciés de la peau, d'origine innée, et dépendant de leur portion canaliculée — *nævi épithéliaux* (nous ne disons pas *épithéliomateux*) kystiques.

La dénomination de KAPOSI — *lymphangiome tubéreux multiple* — tombe d'elle-même; nous abandonnons provisoirement le terme d'*hydradénomes*, parce que nous ne pouvons pas démontrer que les appareils vecteurs du système sébacé prennent part à la constitution des proliférations épithéliales; et nous rejetons le radical *épithéliome* — JACQUET, DARIER — à cause de la signification de malignité qui s'attache vulgairement à ce terme. Nous n'adoptons pas le nom de *cellulome*, proposé par QUINQUAUD, à cause de sa trop grande généralité, et nous ne croyons pas indispensable d'utiliser le mot de *syringo*, employé comme préfixe par UNNA et TÖRÖK, et nous proposons simplement la dénomination de *cystadénomes épithéliaux bénins*.

Cela dit, nous n'avons pas encore épuisé la question: Dans un travail récent, plein d'intérêt, L. PHILIPPSON — Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und der Hydradenom (Darier, Jacquet) zu einander, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1890, T. XI, n° 1, p. 1 et suiv., — se basant sur deux observations cliniques et sur ses études histologiques, cherche à assimiler les cystadénomes à l'affection que nous avons décrite, après Wagner, en collaboration avec Balzer, sous le nom de *dégénérescence colloïde du derme*. Voici d'abord ses deux observations:

Cas I. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, entrée à la clinique pour un lichen syphilitique. Il existait, en outre, sur les paupières inférieures des papules qu'UNNA considéra comme du milium colloïde. Ces papules se distinguaient de celles du milium ordinaire par leur transparence. La malade ne s'en était jamais préoccupée, elle savait seulement qu'elle les avait toujours eues. Ces papules hémisphériques, environ du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, étaient situées sur la paupière inférieure, vers l'arc sous-orbitaire. Leur coloration était celle de la peau adjacente, revêtement épidermique lisse, consistance ferme; leur siège était dans la peau même. Elles étaient surtout caractérisées par leur aspect transparent et comparables au milium colloïde du cas de Feulard et Balzer (moulage 1019 du musée de Saint-Louis). Des papules très confluentes étaient situées sur la région zygomatique, s'étendaient sur le dos du nez et formaient un groupe au-dessus de l'arcade sourcilière gauche.

Suite de la note des Traducteurs.

De ces papules, les unes présentaient la coloration de la peau voisine; d'autres, en plus petit nombre, un éclat jaunâtre ou blanchâtre, quelques-unes ressemblaient à des vésicules. Ces dernières ne représentaient évidemment qu'un degré plus avancé de développement des papules transparentes, comme elles existaient dans ce cas.

Cas II. Chez ce malade, âgé de trente-neuf ans, en traitement pour un eczéma, UNNA remarqua des papules du même genre. Elles avaient la même forme et le même aspect transparent que dans le premier cas; elles étaient seulement bien moins nombreuses.

En outre, la paroi antérieure du thorax était parsemée de petits points foncés de la grosseur d'une tête d'épingle, accumulés surtout entre le mamelon et la clavicule. Quelques-uns aussi sur la face antérieure et interne du bras et au-dessus de la clavicule. Entre ces petites saillies, il y avait également des papules du volume d'un grain de mil. Un grand nombre était entouré d'une aréole rouge et présentait une pigmentation jaunâtre. Au toucher, on sentait dans la peau des masses bosselées, très petites. Le malade ne s'était pas jusqu'à ce moment aperçu de cette éruption. Pour UNNA, il s'agissait d'un cystadénome des glandes sudoripares, en renvoyant au cas publié par Darier sous le nom d'hydradénome (Ann. 1887) et au syringo-cystadénome de Török (*Monatsh.*, tome VIII, p. 116, 1890).

La comparaison de ces observations avec celle de Feulard et la nôtre — *loc. sup. cit.* — nous semble montrer qu'il ne s'agit pas cliniquement des mêmes cas: chez nos malades, les lésions sont uniformes, toutes semblables, limitées au visage; elles ne sont pas congénitales ni anciennes; leur développement est relativement récent; elles ne coexistent avec aucune autre.

Les analogies histologiques sont contestables au même titre: dans des coupes de tumeurs « cliniquement analogues » (?) au colloïde milium, PHILIPPSON a constaté la dégénérescence colloïde du derme, et il a relevé des caractères histologiques analogues à ceux des cystadénomes. Mais, dans les deux cas soumis par Balzer à l'étude histologique, il n'y avait pas de kystes; la matière colloïde était infiltrée dans le tissu conjonctif fibrillaire, enveloppant les faisceaux conjonctifs, et suivant leur direction, en paraissant faire corps avec eux. Le tissu conjonctif n'était pas détruit; il n'y avait pas de cellules cubiques ou autres circonscrivant une cavité remplie de matière colloïde, pas de cordons épithéliaux, etc., etc.

BALZER, avant Darier et Jacquet, et sur le même malade, a, à plusieurs reprises, fait l'examen histologique des cystadénomes et c'est à cause de ses doutes sur la nature de cette lésion qu'il a différé la publication de ses recherches. Mais il ne lui est pas venu un instant, à la pensée, d'établir un rapprochement entre ce cas et les deux observations d'*infiltration colloïde du tissu conjonctif* dont il a fait l'examen histologique; après avoir examiné le travail de Philippson, il croit encore qu'il s'agit d'affections différentes.

Pour lui, l'une est un épithéliome, l'autre est sous la dépendance d'un trouble de la nutrition des éléments du derme qui lui serait difficile de

Suite de la note des Traducteurs.

définir, mais dont il ne peut pas placer le point de départ dans les épithéliums.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, et cette discussion, qui réclament des faits nouveaux; nous avons voulu établir seulement qu'il serait *prématuré* de déclasser le *colloïdome miliaire*, et avertir les observateurs, afin que les faits *nouveaux* ne soient pas publiés sans les détails cliniques indispensables pour faire un arbitrage motivé sur le point en litige.

Ces réserves faites, nous tenons à préciser que, des recherches de Philippson, nous ne discutons que le rapport à intervenir entre ses observations et les nôtres; mais nous engageons vivement le lecteur, que ce sujet intéressera, à remonter à l'original dont nous résumons seulement les conclusions :

Pour Philippson, les tumeurs décrites sous le nom de milium colloïde et d'hydradénome (ou cystadénome) doivent être regardées comme des épithéliomes bénins, accompagnés de dégénérescence colloïde.

Ces petites tumeurs logées dans le derme sont peu apparentes, elles soulèvent à peine la peau. Quand la dégénérescence colloïde est plus avancée et que la peau qui les recouvre est relativement mince, la nature colloïde de la papule se trahit par la transparence. La croissance du néoplasme est très lente, ce qui correspond à la rareté des mitoses.

Quelle est l'origine des cellules du tissu? L'auteur accepterait l'hypothèse de Török et de Jacquet, d'après laquelle ces nids épithéliaux seraient des germes épidermiques emprisonnés dans le derme pendant la période du développement embryonnaire de la peau.

A une époque où la couche germinative de l'épiderme consistait encore en cellules cubiques non épineuses, quelques épithéliums se seraient détachés des autres, par suite de quelque anomalie de croissance et auraient été entourés par des faisceaux de tissu conjonctif là où on les trouve maintenant sous forme de nids et de traînées d'épithélium. Cette hypothèse explique au moins dans les deux cas ci-dessus la production régulière de kystes contenant des cellules cornées.

De même que ces kystes à cellules cornées sont identiques histologiquement avec une espèce déterminée de miliums ordinaires, de même la genèse des deux néoplasmes serait la même, et le milium colloïde serait très analogue au milium ordinaire. En attribuant une même origine au milium ordinaire et au milium colloïde, l'auteur suppose d'abord qu'ils ne sont ni l'un ni l'autre des tumeurs de rétention, mais des germes épithéliaux transformés, détachés de l'épiderme.

Les papules de la face et du tronc diagnostiquées les premières comme milium colloïde, les secondes comme kystadénome des glandes sudoripares doivent donc être regardées comme des épithéliomes de nature bénigne, qui peuvent subir la dégénérescence colloïde ou se kératiniser. La première dénomination convient très bien aux deux cas ci-dessus, si l'on sépare les kystes de rétention des glandes sébacées des perles épithéliales kératinisées, parmi lesquelles il faut ranger aussi les miliums des muqueuses. Il faudrait distinguer également les miliums provenant d'épithéliums isolés dans le tissu conjonctif des véritables kystes de rétention sébacée. Le genre milium

Suite de la note des Traducteurs.

comprendrait deux variétés : le milium qui forme des kystes cornés et le milium qui forme des kystes colloïdes, le milium ordinaire (milium corné) et le milium colloïde.

L'examen histologique des deux cas ci-dessus montre que le milium colloïde peut se rencontrer sur la face seulement, ou en même temps sur d'autres régions du corps (tronc et bras), que le caractère anatomique des papules est le même malgré leur différence au point de vue clinique. Les différences de siège, de grosseur et de couleur des papules de la face et du thorax n'ont qu'une importance secondaire et, pour leur classification, l'auteur n'a tenu compte que des caractères anatomiques.

Après une étude comparative très détaillée et très complète des cas qui ont été publiés, l'auteur rappelle qu'il existe déjà dans la science douze cas de milium colloïde, dont huit ont été soumis à l'examen histologique.

En terminant, il dit qu'on pourrait définir le milium colloïde de la manière suivante :

Les papules ont une grosseur variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois; elles ont la coloration de la peau voisine ou bien sont plus foncées, rouge brun, jaunâtres. Sur la face, elles ont en général la forme d'une demi-cuirasse, suivant l'expression de « Darier » (lisez Jacquet), qui paraît être caractéristique. D'ailleurs l'examen histologique peut seul être décisif.

b). *Hématangiomes (lymphangiomatoïdes, kératoïdes); angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme.*

Nous marquons ici simplement la place de ce chapitre qui, pour être établi complètement, réclamerait des développements et une discussion trop étendus pour notre cadre; la question de savoir si une lésion lacunaire du derme est, ou non, de nature lymphatique, n'est pas assez nettement établie pour pouvoir en donner les éléments d'une manière didactique. — Voyez ce que nous avons dit plus haut à propos du lymphangiome tubéreux multiple, et consultez le travail très important, mais discutable en plusieurs points, de G. HOGGAN; et Cf. TÖRÖK, *loc. sup. cit.*

Dans le seul but d'être bien compris, et sans prétendre juger à fond les travaux très remarquables, que nous allons discuter sommairement, nous prendrons pour exemple un cas de COLCOTT FOX — A case of lymphangiectasis of the hands and feet in children, *The illustr. med. News*, 1889, avec une chromographie — et deux observations de la clinique de DOUTRELEPONT publiées par A. SCHMIDT — Beitr. z. Kenntniss d. Lymphangiome. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, p. 529, 1890 — travaux dans lesquels il ne nous a pas semblé qu'était suffisante la preuve de la nature lymphangiomateuse des lésions.

C. FOX, dans son remarquable travail, rapporte au système lymphatique des altérations que nous croyons devoir restituer au système sanguin, les « lacunes lymphatiques » qu'il décrit n'étant pour nous que des cavités kystiques sanguines à hématies décolorées, et à transformation séreuse. C'est à côté des faits de MIBELLI et de DUBREUILH — *angiokératome et verrues télangiectasiques*, *loc. sup. cit.*, p. 48, note 1 — que nous rangeons le cas de C. FOX, les uns et les autres, dans

Suite de la note des Traducteurs.

notre manière de voir, étant des angiomes lacunaires papillaires et intradermiques, avec revêtement corné, dû à la localisation aux mains et aux pieds.

C'est aussi parmi les *hématangiomes* que nous rangeons les deux faits de SCHMIDT, intitulés : *Lymphangiome simple de la peau* (circonscrit), et *lymphangiome simple de la muqueuse buccale* (tubéreux); le premier, tout à fait comparable à une observation personnelle que nous allons rapporter; le second ayant beaucoup d'analogie avec les cas étudiés par ARRAGON — *Angiomes des muqueuses*, in *Arch. gén. de Physiol.*, p. 351, 1883.

Dans l'observation qui nous appartient, l'examen biopsique fait par L. JACQUET a montré des vaisseaux sanguins dilatés, et de grandes lacunes irrégulières remplies de sang — kystes sanguins développés dans des papilles, très hypertrophiés et en communication avec les lacunes. Dans quelques points, lacunes remplies de fines granulations hématoïdiques pâles et d'hématies aplaties, décolorées, mais très reconnaissables; c'est là où le contenu sanguin des kystes est en voie de transformation séreuse, laquelle, quand elle est effectuée, constitue les parties claires, translucides, colloïdoïdes des éléments éruptifs, celles qui, histologiquement, ont été considérées, par la plupart des observateurs, comme des lymphangiectasies. Le point obscur est le mode de formation des lacunes à contenu sanguin; le premier stade serait la dilatation des capillaires, constatée dans les papilles (point pourpre); ultérieurement rupture, extravasation intradermique ou intrapapillaire, etc.

Dans le premier cas de SCHMIDT, la présence, dans les cavités, de matière finement granuleuse avec corpuscules lymphatiques isolés ne nous semble pas démonstrative; et, en ce qui concerne la sérosité, sa provenance par transformation séreuse dans les cavités sanguines où la circulation se trouve ralentie ou supprimée, est bien connue; enfin, la riche pigmentation des cellules malpighiennes en palissade explique la couleur brunâtre si frappante des vésicules; tandis que l'on se demanderait d'où provient ce pigment dans des cavités d'origine lymphatique; etc. Sur les coupes faites par L. JACQUET, sur les fragments biopsiques de notre sujet, de même que sur celles d'ARRAGON, *loc. sup. cit.*, on suit tous les degrés de la transformation séreuse du sang contenu dans les cavités; ce sont bien des hématangiomes — Voy., pour complément, le travail de L. JACQUET sur ce sujet, qui doit paraître dans les *Annales de Dermatologie*, fin 1890, ou au commencement de 1891. Provisoirement, il faut surseoir à toute conclusion définitive, et se soumettre à une enquête nouvelle, à une discussion plus approfondie avant de proposer une division des lymphangiomes semblable à celle qui a été proposée par TÖRÖK, par exemple, *loc. sup. cit.*, qui, dans son très remarquable travail, distingue trois variétés de lymphangiomes capillaires, a) : *L. variqueux*; b) *L. tubéreux* (fibromateux); c) *L. caverneux*.

Pour le second cas, SCHMIDT a raison de ne pas admettre la dénomination d'*hématolymphangiome mixte* (Wegner), mais sans justifier cette exclusion, puisqu'il reconnaît dans la couche papillaire « des capillaires

Suite de la note des Traducteurs.

sanguins dilatés et des vaisseaux lymphatiques variqueux ». Quant à la présence du sang qu'il constate dans quelques cavités, et dans le tissu, il suppose qu'elle est due « probablement » à une communication, plutôt accidentelle, avec un vaisseau, peut-être par la section biopsique. Cela est peu vraisemblable; l'interprétation de JACQUET est évidemment plus rapprochée de la réalité.

Si l'on confronte les *caractères cliniques*, l'examen est encore plus démonstratif; dans les cas de COLCOTT FOX, l'auteur note avec soin que le début des altérations se fait par de petits points, de petites éminences *pourpres* « bright purple specks.... purple elevated points.... looking like dilated capillary blood vessels.... », qui ultérieurement coalescent, et deviennent verruqueux, ce qui, pour des lymphangiectasies, serait un mode de début paradoxal.

À côté de ces angiomes qui empruntent quelques-uns de leurs caractères objectifs (hyperkératose, etc.) à la localisation aux extrémités, se placent ceux que l'on rencontre sur la peau du tronc, des membres, ou sur les muqueuses en rapport.

Dans notre observation, qui a servi à l'examen histologique de JACQUET, la lésion avait son siège à la région fessière; les éléments de début étaient exactement les points pourpres, et le développement ultime aboutissait à la formation de petites tumeurs, les unes noirâtres, les autres colloïdoïdes, jaunâtres, presque transparentes au sommet; laissant écouler, à la piqûre, seulement du sang ou un peu de sérosité, mais pas de liquide lymphatique, ni de matière colloïde. L'agglomérat principal, de la largeur de la paume de la main, était composé de granulations uniformes, d'un grain de mil à un très petit pois, tendues, résistantes, très imparfaitement réductibles par compression. Cette lésion, tout à fait indolente, avait débuté dans l'enfance à une date restée indéterminée, et n'avait décidé la malade à consulter que parce qu'elle s'était manifestement. *La patiente, une jeune femme, a un enfant de deux ans, qui présente, au milieu de la région dorsale, un hématangiome typique intradermique de la dimension d'une grosse lentille.* La plaque entière a été détruite et guérie par nous à l'aide de cautérisations ponctuées galvaniques, faites après anesthésie locale au chlorure de méthyle. En prenant soin de ne se servir que d'aiguilles portées seulement au rouge sombre, il n'y a presque pas d'effusion hémattique; la guérison s'est faite très simplement.

Dans le premier cas de Schmidt, il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans. — Début « dans les premières années d'école ». — Actuellement, sur la peau de la face médiane de la cuisse gauche, il existe douze à treize saillies, isolées ou groupées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, pigmentées, de consistance ferme. La peau adjacente est normale. — Une ponction faite dans ces vésicules amène l'issue d'une petite quantité de liquide séreux. Traitement destructeur par le thermocautère.

Dans le second cas — c'est encore une jeune fille de dix-huit ans,

Suite de la note des Traducteurs.

atteinte de lupus multiple et multiforme. Début à la naissance. La lèvre supérieure est épaissie au niveau de la commissure buccale droite, mais au toucher elle est molle et non infiltrée. La muqueuse est le siège de papules plus ou moins volumineuses jusqu'à un grain de mil, et un peu translucides; quelques-unes aussi existent sur la peau; d'autres sur un point de la gencive au niveau de l'incisive supérieure droite.

Dans un travail récent — Finch Noyes et Török, *Lymphangioma circumscriptum*, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XI, 1890, p. 51, 1^{re} partie — FINCH NOYES rapporte neuf cas, déjà connus, de « lymphangiome circonscrit » et ajoute le suivant, observé par SANGSTER, et dont voici le résumé :

Jeune fille de dix ans et demi, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, parents sains. — L'éruption actuelle aurait débuté vers l'âge de trois ans, sur le côté gauche du cou par une seule tache analogue à une « bulle ». Peu de temps après, d'autres taches semblables se montrèrent, grossirent peu à peu, au point que quelques-unes présentèrent le volume de la moitié d'un petit pois. Par suite de leur confluence, elles formèrent des taches à surface irrégulière et de couleur sale, ces taches avaient l'aspect de verrues aplaties agglomérées. Au pourtour de la première tache apparurent plus tard d'autres petites taches, dont quelques-unes formèrent également des groupes.

Actuellement l'éruption est localisée au côté gauche du cou et s'étend obliquement depuis le bord du cuir chevelu jusqu'au niveau de la septième vertèbre cervicale. Elle est constituée, d'une part, par une grande tache ovale légèrement sillante au centre, de la dimension d'une main d'enfant, d'autre part par les corpuscules clairs, d'aspect vésiculaire qui occupent le reste de la peau et dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un demi-pois.

La tumeur consiste en corpuscules d'aspect vésiculeux, très confluents, séparés par de minces cloisons. Ces vésicules sont recouvertes par l'épiderme; en plusieurs points, la couche cornée est épaissie, rugueuse, d'où un aspect verruciforme.

Si l'on examine avec soin ces vésicules, on aperçoit à la surface de quelques-unes de petits capillaires sous forme de points ou de traînées, lorsqu'il en existe plusieurs, on dirait qu'il s'est développé un *nævus araneus*. Sur certains points, les vésicules ont une teinte rouge bleu, comme si une extravasation de sang veineux s'était produite dans la petite cavité. Quelques croûtes sanguines occasionnées par le grattage.

Les vésicules ne sont pas modifiées par la pression. Elles laissent écouler un liquide clair, aqueux, alcalin, à la suite de leur ponction.

A aucune époque, la malade ne s'est plainte de malaises qui auraient été provoqués par cette éruption.

Ce n'est pas seulement sous le rapport histologique que tous ces faits se rapprochent de notre observation; leur identité clinique est manifeste. Dans tous, on voit des groupes d'éléments, les uns également hématisques, les autres pigmentaires, presque mélaniques, mélanoidiques, ou d'aspect colloïde, durs, résistants, et ne donnant à la piqûre ni matière colloïde, ni lymphorrhagie véritable, mais seulement du sang ou un liquide séreux. Ces caractères les rattachent aux *hématangiomes*,

Suite de la note des Traducteurs.

et non aux lymphangiectasies. Ils sont innés ou congénitaux; longtemps inaperçus, et progressant avec le développement des tissus; indolents, bénins; leur traitement est celui des angiomes lacunaires, la destruction électro-caustique; notre observation montre qu'ils peuvent être *héréditaires*.

II. Dermatolymphangiomes.

Les angiomes lymphatiques de la peau — *dermatolymphangiomes* — représentent des *néoformations* du système lymphatique, des aberrations formatives, ayant leur origine et leur principe dans la constitution du tissu qui en est le siège — constitutionnelles — innées, bien que leur *évolution* ou leur apparition puissent être postérieure à la naissance. Les varices lymphatiques simples, ou parasitaires (filariose), les lésions des lymphatiques dans l'éléphantiasis, les tumeurs diverses, etc., *ne sont pas* des lymphangiomes; ce sont des lymphangiectasies.

Cette distinction pourra paraître subtile si l'on remarque que la démonstration anatomique de la *néoformation* lymphatique proprement dite, de la nature vraie et primitive d'un lymphangiome, ne peut pas être toujours donnée dans les tumeurs anciennes; ni dans les cas mixtes — angiolympangiomes — ou plus complexes. C'est surtout sur les caractères cliniques, innéité, congénitalité, localisation limitée, que reposent les éléments essentiels de différenciation — Voy. A. CHIPAULT, *Varices lymphatiques et lymphangiomes*, *Gaz. des Hôp.*, 1888, p. 1329; *Varices lymphatiques du derme*, *Arch. gén. de Méd.*, 1889, p. 588, 705; et QUENU, *loc. sup. cit.*, p. 49.

La *division* la plus simple des lymphangiomes a été formulée par WEGNER — *Congr. de chir. all.*, Berlin, Avr. 1876, et *Arch. f. klin. Chir.*, t. XX, 1877, p. 641 — qui réduit à trois le nombre des formes typiques, sans préjudice des faits de transition, dont les limites précises ne peuvent pas être indiquées: a) *Lymphangiome simple*; b) *L. caverneux*; c) *L. cystoïde* (kystique).

La *division* la plus compréhensive est celle de CHIPAULT, *loc. sup. cit.*: 1° Dilatation des *ganglions* — adénolymphocèle; 2° dilatation des *troncs* — a) superficiels — cylindroïde, ampullaire; b) profonds; 3° dilatation des *réseaux*; a) dermiques; b) profonds — a. a.) diffuse; b. b.) localisée, à forme anatomique caverneuse, monokystique ou polykystique (siège ordinaire, col, thorax, membres; sièges spéciaux: macro-mélie, macrochilie, macroglossie).

La *division* de Wegner suffit aux besoins de la pathologie cutanée; c'est celle que nous suivons:

a) *Lymphangiome simple*. — On peut l'observer sur tous les points du corps; sa localisation, sa *limitation*, son caractère circonscrit, le distinguent assez aisément de la *pachydermie éléphantiasique simple*, avec