

qui puisse simuler la kératose pileuse : l'existence, sur le dos des phalanges, de saillies péripilaires ponctuées et squameuses, l'altération en moelle de jonc du segment inférieur des ongles, les localisations et enfin les desquamations palmaires et plantaires l'en distinguent.

PRONOSTIC. — La santé générale n'est nullement troublée ; l'affection, quand elle est très prononcée et surtout quand elle siège à la face, est pénible par l'aspect désagréable qu'elle donne aux téguments.

TRAITEMENT. — Nous avons vu que les grains pileux s'effacent quand les poils sont complètement atrophies : c'est donc à juste titre que Brocq considère comme le procédé de traitement le plus sûr la destruction du bulbe pileux par l'électrolyse. Toute autre médication ne peut être que palliative. On peut, avec avantage, enlever mécaniquement les squames après les avoir dissociées par des applications de savon noir ou d'une pommade renfermant de 2 à 4 p. 100 d'acide salicylique dont on continue les applications biquotidiennes jusqu'à production d'une vive irritation et que l'on remplace alors par des topiques protecteurs et non irritants tels que la pommade à l'oxyde de zinc, pour y revenir ensuite ; des *scarifications linéaires* peuvent être utiles pour diminuer, au visage, la coloration rouge.

POROKÉRATOSE

Synon. : *Hyperkératose figurée centrifuge atrophiante* (1).

ÉTILOGIE. — Cette maladie, qui a été observée surtout en Italie (Mibelli, Respighi, Ducrey), et particulièrement dans le district de Parme, atteint en général plusieurs membres d'une même famille, frères et sœurs, quelquefois le père ou la mère et certains enfants. Elle ne paraît pas contagieuse.

Le sexe masculin est le plus souvent atteint.

La plupart des observations portent sur des paysans ou des ouvriers. Quelquefois l'affection s'est développée chez des enfants ; en général elle paraît chez des adolescents, ou même à un âge plus avancé.

SYMPTÔMES. — Les lésions occupent la peau, et souvent les muqueuses buccales. Toutes les régions du tégument peuvent être envahies, mais certaines localisations sont plus fréquentes : le visage (nez, partie supérieure et interne des joues, partie inférieure et médiane du front), la région préauriculaire, le pavillon des oreilles, la nuque, les organes génitaux (gland, scrotum ou grandes lèvres), l'extrémité des membres (face dorsale des mains et des pieds, face palmaire des doigts, région calcanéenne, bord externe du pied, articulations métatarso-phalangiennes). Les autres régions des membres, surtout la face d'extension, le tronc en dernière ligne, peuvent être atteints.

(1) MIBELLI, RESPIGHI, *Giornale ital. delle malattie della pelle*, 1893. — MAX JOSEPH, *A. für D.*, 1897. — DUCREY et RESPIGHI, *A. D.*, 1898.

Les muqueuses buccales sont envahies dans 50 p. 100 des cas. Toutes peuvent être intéressées, à l'exception du dos de la langue.

Les lésions de la peau se présentent sous forme de saillies et de placards, ceux-ci et celles-là hyperkératosiques, soit en totalité, soit sur leurs bords. Ces placards ne sont que le développement de lésions plus petites, et on saisit aisément les transitions chez des malades qui sont atteints sur de grandes étendues du tégument.

On peut résumer de la manière suivante les caractères des lésions d'après Ducrey et Respighi.

1° On observe de très fines saillies formées d'une partie centrale très proéminente, acuminée ou ombiliquée, et presque toujours entourées d'une collerette cornée ;

2° De petites saillies papuleuses à surface pleine ou légèrement convexe, quelquefois surmontées d'un cylindre corné qui atteint jusqu'à quelques millimètres, entourées également d'une collerette cornée ;

3° Des plaques arrondies, dont l'aire centrale est normale, déprimée même ou d'aspect atrophique, et qui sont limitées, soit par une ligne squameuse, soit par une saillie cornée linéaire, tantôt régulière et continue, tantôt irrégulière et interrompue, surtout au visage où l'on voit de petites saillies convexes ou hémisphériques indépendantes. Souvent cette saillie est divisée par un sillon où l'on peut trouver un « liséré corné » inséré à sa partie profonde, tantôt indépendant, tantôt annexé à la lèvre interne du sillon.

Sous l'aire calleuse, on peut trouver la peau atrophique comme dans les plaques précédentes ;

4° Des plaques dont l'aire centrale est calleuse, dont la bordure est formée comme celle des plaques précédentes, mais offre un sillon plus large et un liséré corné plus élevé, qui peut masquer le sillon.

A la limite externe des plaques, la peau est normale, ou de couleur rouge ; aux membres inférieurs, elle se pigmente volontiers.

A la limite interne, la coloration de la peau est quelquefois rouge ou plus ou moins brune.

Les plaques sont surtout étendues aux mains et aux pieds ; la bordure est irrégulière et s'étale largement ; sa couleur est jaune sale.

Les plaques, souvent rondes, ovales ou elliptiques, peuvent devenir polycycliques par confluence, et même tout à fait irrégulières, surtout quand elles atteignent de vastes dimensions, par exemple aux membres inférieurs, où elles peuvent offrir plusieurs centimètres de diamètre.

Les lésions des muqueuses buccales sont généralement peu nombreuses et tout à fait asymétriques. Ce sont de petites taches dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, arrondies, ovalaires, polycycliques ou irrégulières.

L'aire centrale est uniformément opaline ; elle laisse deviner la cou-

leur rosée de la muqueuse sous-jacente ; sa surface est concave, plane ou convexe. La limite est nettement indiquée par une saillie linéaire, d'un blanc opaque, qui, par exception, peut être divisée par un sillon.

En certains points, on peut trouver de petits îlots où la muqueuse est déprimée sans prendre une coloration spéciale.

Certaines taches offrent de petites dépressions ou de petites saillies d'origine glandulaire.

Les symptômes fonctionnels sont sans importance. Rarement le malade se plaint de prurit cutané, quelquefois de douleurs au niveau des pieds, dues à la pression qu'exercent les chaussures sur les régions malades. Souvent le malade ignore les lésions des muqueuses.

La maladie a une évolution essentiellement lente. Parfois un seul foyer existe pendant de longues années, puis l'extension se fait par apparition de nouvelles altérations cutanées. A la fin, les lésions sont toujours bilatérales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'étude histologique minutieuse à laquelle se sont livrés plusieurs auteurs, surtout Ducrey et Respighi, nous retiendrons les détails suivants :

La lésion que l'on peut considérer comme essentielle est le liséré qui est formé d'un amas de cellules mal kératinisées, ayant conservé des noyaux colorables. Il s'élève du fond d'une rigole correspondant à des dépressions interpapillaires auxquelles aboutissent des orifices glandulaires élargis, mais oblitérés par des amas cornés. La présence du sillon n'est pas nécessaire ; il peut exceptionnellement être remplacé par une saillie sur laquelle se développe le liséré corné.

Le derme subit une transformation scléreuse dans ses couches supérieures. D'abord hypertrophié, il s'atrophie à une période plus avancée du processus. Les glandes sébacées et les follicules, hypertrophiés également à l'origine, s'atrophient également plus tard. Les glomérules sudoripares peuvent être dilatés (Majocchi).

Les lésions muqueuses ont une structure identique.

L'origine du processus est indéterminée. Elle a été considérée comme épidermique par les premiers auteurs, mais Ducrey et Respighi accordent maintenant la plus grande importance aux lésions du derme.

DIAGNOSTIC. — Le *lichen plan* est une maladie généralement prurigineuse, qui dure quelques mois et qui n'atteint pas plusieurs membres d'une même famille. Les lésions essentielles sont des papules caractéristiques, striées à leur surface, de couleur rouge foncé, brillante. Des plaques annulaires peuvent les accompagner. Il existe quelques faits de lichen plan essentiellement annulaire, mais les anneaux y sont limités par une saillie rouge où on ne voit ni le sillon, ni le liséré des anneaux porokératosiques. Sur les muqueuses, on trouve des stries linéaires, rarement des taches annulaires.

TRAITEMENT. — En présence d'un cas de porokératose, il conviendrait d'agir comme dans les ichtyoses congénitales, et de *décaper* les lésions par des bains, des pommades salicylées et surtout l'application d'emplâtres, celui de Vigo en particulier (L.).

DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE DU DERME

Synon. : *Colloïd milium, colloïdome miliaire* (1).

Cette maladie rare, décrite par Wagner, Besnier, Balzer, Feulard, Liveing, Perrin, s'observe chez des individus qui vivent exposés à la lumière et au grand air et atteint les parties découvertes. Elle n'a été rencontrée que chez des adultes ou des vieillards.

Elle paraît, d'après Unna, présenter des rapports intimes avec la dégénérescence sénile de la peau.

SYMPTÔMES. — Les lésions sont tout à fait caractéristiques. On trouve à la face, en particulier sur le front, les tempes, les régions périorbitaires et la face antérieure du nez, de petites saillies lisses dont le volume extrêmement variable n'atteint pas celui d'un grain de blé. Certaines ne sont visibles qu'à la loupe (Besnier). Elles sont rondes ou de forme irrégulière. Ces saillies, brillantes, transparentes, font penser à première vue à des vésicules, mais il est facile de s'assurer par la piqûre qu'elles ne contiennent pas de liquide. Elles sont résistantes au toucher. Leur nombre est toujours élevé, elles sont souvent cohérentes en beaucoup de points, *mais non confluentes*, de sorte qu'on reconnaît toujours les saillies élémentaires.

Certaines saillies peuvent disparaître en laissant une cicatrice transitoire.

Des saillies jaunes, identiques, isolées ou cohérentes, peuvent s'observer en divers points de la conjonctive.

Dans quelques cas, les saillies du colloïd milium se voient à la face dorsale des mains.

Il est rare que le malade éprouve un léger prurit.

Par le raclage, on constate que les saillies sont formées d'une matière gélatineuse ; c'est la matière colloïde, qui infiltre les faisceaux conjonctifs du derme et soulève l'épiderme tendu à la surface.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La transformation colloïde porte sur certains faisceaux conjonctifs du derme qui sont hypertrophiés, réfringents et homogènes ; on constate d'abord des boules qui apparaissent au centre des faisceaux et se confondent plus tard en formant de gros blocs qui ont des réactions colorantes particulières. Dans les régions dégénérées, le tissu élastique est altéré et se transforme en *élasticine* (Unna) ; plus tard il se combine avec le tissu

(1) WAGNER, *Arch. der Heilk.*, 1866. — BESNIER, *A. D.*, 1879. — FEULARD et BALZER, *A. D.*, 1885. — LIVEING, *Brit. med. Journ.*, 1886. — PERRIN, *Congrès internat.*, 1892. — UNNA, *Histo-pathologie*.

conjonctif ; la substance colloïde passe, d'après Unna, par deux stades qui ont des réactions colorantes différentes, *collastine* et *collacine*.

Autour des régions malades, on trouve parfois au début des cellules assez nombreuses ; mais à la période d'état les cellules fixes sont tout à fait normales.

La dégénérescence se développe dans les parties supérieures du derme profond ; les masses colloïdes restent séparées de l'épiderme refoulé, aminci, par une bande connective saine, qui se retrouve en général autour des follicules et des glandes, les uns et les autres sains. Parfois la dégénérescence envahit cependant leur gaine connective.

Dans un fait de Balzer et Feulard, la transformation colloïde s'étendait jusque dans l'hypoderme.

La gaine externe des vaisseaux sanguins subit parfois également une transformation colloïde, même en dehors des régions dégénérées du derme.

Les nerfs restent sains.

Le seul mode de traitement est le raclage de la peau (L.).

RÉGRESSION SÉNILE DE LA PEAU (1)

ÉTUDE CLINIQUE. — Les rides, qui sont, au moins à la face, le symptôme le plus évident de la régression sénile, sont dues à l'atrophie des muscles peauciers et du tissu graisseux abondant qui se trouve dans l'hypoderme de la face. Mais il existe des altérations qui ont plus d'importance pour le dermatologiste.

La peau du vieillard est sèche, à cause de l'atrophie des glandes et surtout des glandes sébacées. Elle est moins épaisse que celle de l'adulte ; elle est pâle, par suite de l'anémie sénile fréquente, mais surtout de la diminution de la circulation cutanée. Par contre, on observe souvent, au moins à la face, des varicosités veineuses développées.

La régression sénile de la peau se développe parfois d'une manière précoce, et la sénilité cutanée peut être plus marquée chez certains individus à quarante ans, que chez d'autres à soixante. Ces différences sont liées surtout à des conditions individuelles, mais également à des causes externes ; la peau est plus altérée chez les sujets qui ont vécu à la campagne, exposés aux intempéries, au soleil, que chez les autres.

La régression sénile favorise le développement d'une série de dermatoses. Suivant l'un de nous (L.), l'eczéma est plus fréquent et surtout plus persistant chez les vieillards que chez les adultes (2). Le cancroïde se développe de préférence chez des individus âgés

(1) UNNA, *Histo-pathologie*.

(2) LEREDDE, *L'eczéma, maladie parasitaire*. Paris, 1898.

dont la peau est altérée ; nous reviendrons sur ces altérations au chapitre *Épithéliome*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Plusieurs auteurs allemands (Neumann, Schmidt, Reizenstein) ont étudié la peau sénile et sont arrivés à des conclusions intéressantes, qui ont été contrôlées et complétées par Unna.

D'une manière générale, l'épiderme est atrophié, au moins dans sa portion malpighienne, car en certains points la couche cornée s'épaissit. Sa pigmentation est plus intense qu'à l'état normal, surtout en certains points, et est perceptible sur une plus grande hauteur. Les papilles sont courtes, mal indiquées, les vaisseaux sanguins dilatés. Les follicules pileux sont courts, dilatés, et les glandes sébacées élargies. Les glandes sudoripares restent normales ; cependant Neumann y a constaté la présence de masses fauves ou brunes, qui peuvent amener l'élargissement des conduits excréteurs.

Le derme profond diminue d'épaisseur ; on trouve dans le tissu adipeux des lésions variables, ici la diminution du tissu avec épaissement des travées conjonctives, là l'augmentation de la graisse. De place en place, on trouve, dans le derme, de petits amas cellulaires autour des vaisseaux. Les mastzellen sont en nombre normal ; les muscles restent sains (Unna).

Grâce à des méthodes de coloration spéciales, Unna a pu mettre en évidence des altérations importantes du tissu conjonctif et du tissu élastique ; on trouve, dans la peau des vieillards, des fibres élastiques *basophiles* (*élasticine*). Cette élasticine peut se combiner avec le tissu conjonctif normal, en tissu collagène et constituer la *collacine*. D'autre part, le tissu élastique normal (*élastine*) peut se combiner avec le collagène dégénéré et constituer la *collastine*.

Ces lésions complexes ne sont pas dues uniquement à l'âge des malades : elles peuvent du reste être très marquées chez des individus jeunes. Elles sont toujours plus prononcées à la face et aux mains, et il n'est pas douteux, par suite, que l'action des causes irritantes externes n'ait un rôle important dans leur détermination.

L'hygiène de la peau peut, dans une large mesure, retarder le développement de la régression sénile. Les vieillards doivent éviter l'emploi de tous les agents irritants de la peau, et ne pas abuser des savons. Les mains seront nettoyées de préférence à la pâte d'amandes, à la vaseline et à la mie de pain. Les bains simples, et mieux les bains d'amidon, seront seuls recommandés, au moins à titre régulier.

Le développement précoce des rides peut être prévenu par le massage de la peau (L.)

XANTHOMES

DÉFINITION ET DIVISION. — On décrit, sous ce nom, des néoplasies d'aspect très divers qui ont pour caractère commun de se traduire par des taches ou des élevures de coloration plus ou moins jaune, liées à une infiltration graisseuse. Pour les uns, leurs variétés représentent différentes formes d'une seule et même maladie; pour les autres, on confond sous cette dénomination des espèces morbides multiples.

Cette dernière interprétation prédomine aujourd'hui.

En tenant compte de l'aspect des lésions, de leur évolution et des phénomènes concomitants, on peut distinguer deux espèces principales de xanthome, le *xanthome vulgaire* et le *xanthome diabétique*: il faut y ajouter le *xanthome élastique de Balzer*, et, d'après Unna, un *xanthome palpébral à cellules géantes*: nous les étudierons successivement.

A. **Xanthome vulgaire.** — ÉTIOLOGIE ET SYMPTÔMES. — Cette forme a été décrite la première par Rayer, en 1835, sous le nom de *plaques jaunes folliculeuses*, *plaques jaunâtres des paupières*; depuis lors, différentes autres dénominations lui ont été appliquées: telles sont celles de *blepharodyschroea* par Von Ammon, de *vitiligoidea* par Addison et Gull, de *molluscum dit sébacé* par E. Wilson, *cholestérique* par Bazin, *lipomatodes* par Virchow, de *xanthelasma* par E. Wilson, de *fibrome lipomatode* par Kœbner, et enfin de *xanthome* par F. Smith: Cette dernière est généralement adoptée aujourd'hui.

La maladie peut être congénitale, remonter à la première enfance ou se développer tardivement; elle offre, dans les deux cas, les mêmes caractères.

Elle est souvent héréditaire, et, à un haut degré, *familiale*; on en a observé maintes fois nombre de cas dans plusieurs générations successives.

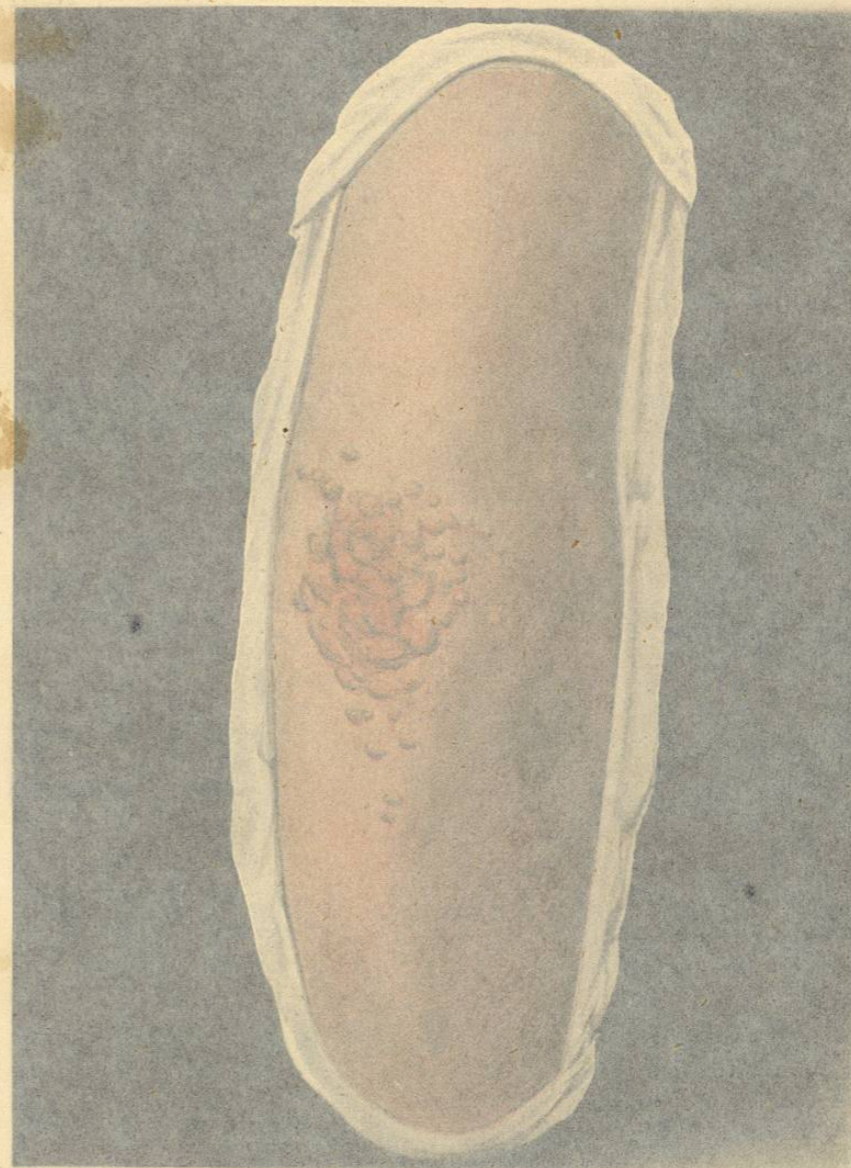
Elle est fréquente, mais elle passe souvent inaperçue par défaut d'attention.

D'après la forme de l'éruption, on peut en distinguer, avec Besnier et Doyon, trois variétés, une *plane*, une *tubéreuse* et une *en tumeurs*.

La *variété plane* a pour siège d'élection les paupières, et plus particulièrement leur partie interne; exceptionnellement, on l'observe en d'autres régions, telles que les autres parties de la face, les oreilles et le fourreau de la verge; les dimensions des éléments éruptifs varient de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre.

Les plaques peuvent être arrondies, ovalaires ou disposées en traînées qui s'étendent, sur la paupière inférieure obliquement en bas et en dehors en partant du voisinage de la commissure interne,

HALLOPEAU ET LEREDDE.



Librairie J.-B. Baillière et fils.

XANTHOMES

DÉFINITION ET DIVISIONS. — On désigne, sous ce nom, des néoplasies d'aspect très divers qui, pour étiologie commune de se traduire par des taches ou des éruptions de coloration plus ou moins jaune. Elles, à leur constitution grossière, ont, les uns, leurs variétés représentées par des taches d'une couleur et même maladie; pour les autres, on s'explique sans une dénomination des espèces multiples.

En tenant compte de l'aspect des lésions, de leur évolution et des phénomènes concomitants, on peut distinguer deux espèces principales de xanthomes, le *xanthome vulgaire* et le *xanthome diabétique*; il faut y ajouter le *xanthome élastique de Balzer*, et, d'après Unna, un *xanthome palpébral à cellules géantes*: nous les étudierons successivement.

A. Xanthome vulgaire. — ÉTILOGIE ET SYMPTÔMES. — Cette forme a été décrite la première par Rayet, en 1835, sous le nom de *plaques jaunes folliculeuses*, *plaques jaunâtres des paupières*; depuis lors, différentes autres dénominations lui ont été appliquées: telles sont celles de *blepharodyschroma* par Von Ammon, de *xanthoderma* par Addison et Gull, de *molluscum dit sébacé* par E. Wilson, *cholestérique* par Bazin, *lipomatodes* par Virchow, de *xanthelasma* par E. Wilson, de *fibrome lipomatode* par Kœbner, et enfin de *xanthome* par F. Smith: Cette dernière est généralement adoptée aujourd'hui.

La maladie peut être congénitale, remonter à la première enfance ou se développer tardivement; elle offre, dans les deux cas, les mêmes caractères.

Elle est souvent héréditaire, et, à un haut degré, *familiale*; on en observe maintes fois nombre de cas dans plusieurs générations.

Elle est fréquente, mais elle passe souvent inaperçue par défaut

de l'attention de l'opérateur, on peut en distinguer, avec Besnier, trois formes, une *plane*, une *tubéreuse* et une *en tumeurs*.

Leur siège d'élection les paupières, et plus particulièrement la partie interne; exceptionnellement, on l'observe en d'autres régions telles que les autres parties de la face, les oreilles, les mains, etc.; les dimensions des éléments constitutifs varient de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre.

Les plaques peuvent être arrondies, ovalaires ou disséminées en taches irrégulières, sur la paupière inférieure, obliquement en haut, ou sur la paupière supérieure, portant du voisinage de la conjonctive interne.



Librairie J.-B. Baillière et fils.

XANTHOME

sur la partie interne de la paupière supérieure transversalement en suivant la direction des faisceaux musculaires; elles sont habituellement multiples et séparées par des intervalles de peau saine; elles peuvent former un relief, ordinairement peu considérable, parfois plus accentué.

Leur *surface* est remarquablement douce au toucher, ordinairement lisse, quelquefois finement cloisonnée par de légers sillons.

Elles ne s'accompagnent d'aucune altération appréciable de l'épiderme; elles ne donnent lieu à aucune sensation anormale.

Leur *couleur* est d'un jaune habituellement assez vif que l'on peut comparer à celui du beurre, de l'orange, de la peau de chamois, du safran, du cuir clair.

Dans la variété *tubéreuse*, les lésions forment des saillies dont le volume varie le plus souvent entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois (Planche III); ces saillies peuvent être périfolliculaires, entourer un comédon et se multiplier sous cette forme en si grande abondance qu'il en résulte un aspect tout spécial rappelant celui de certaines acnés ponctuées; leur développement peut s'accompagner de douleurs vives qui surviennent spontanément ou sous l'influence de la pression (Török).

Dans la variété *en tumeurs*, les nodosités atteignent le volume d'une noisette et peuvent même le dépasser.

Ces différentes variétés peuvent coïncider chez un même sujet: souvent limitées aux paupières, elles peuvent intéresser d'autres régions, telles que la tête, le cuir chevelu, les joues, les commissures labiales, le nez et les oreilles, plus bas la nuque et le cou, puis les épaules, les fesses, les articulations des membres où elles occupent le plus souvent le côté de l'extension, et enfin les extrémités digitales (Planche IV), ainsi que les faces palmaires et plantaires: elles sont habituellement symétriques.

Les éruptions ont présenté plusieurs fois une *disposition linéaire correspondant à des trajets nerveux* et comparable à celle de certains nævi; leur coexistence avec des nævi n'est pas rare.

Dans les paumes des mains, l'éruption peut affecter la forme de stries linéaires qui correspondent aux plis normaux de la région. Gaucher l'a vue se développer sur des cicatrices consécutives à l'application de ventouses scarifiées.

Dans un fait de Virchow (1), les cornées étaient envahies, d'un côté par des taches jaunes multiples, de l'autre par une petite tumeur xanthomateuse supprimant presque complètement la vision.

Les muqueuses peuvent être simultanément intéressées; on a vu des plaques xanthomateuses sur les gencives, la face interne des joues et des lèvres, la voûte palatine, le pharynx; on en a trouvé dans

(1) *Virchow's Archiv*, Bd. XLI.

la trachée, dans le larynx, dans les bronches; elles peuvent s'accompagner de douleurs, de gonflement et de rougeur des parties voisines (1). Dans des autopsies, on a constaté les mêmes altérations dans l'œsophage, dans le foie, où elles peuvent coïncider avec une cirrhose hypertrophique qu'elles ont vraisemblablement provoquée, dans les conduits biliaires dont elles peuvent déterminer l'obstruction, sur l'endartère pulmonaire et aortique, dans l'endocarde, dans la capsule de la rate, dans le péritoine pérectal, dans la paroi d'un kyste de l'ovaire; il s'agit donc d'une maladie étendue à beaucoup d'organes. Dans le foie, où ces altérations ont surtout été étudiées par Pye Smith et Moxon, elles se présentent sous la forme, tantôt de taches blanchâtres situées sous la capsule de Glisson et sur le pourtour des canaux biliaires, tantôt de foyers parenchymateux.

Ces localisations viscérales donnent la clef des symptômes qui peuvent accompagner ces xanthomes : le plus souvent, il s'agit d'ictères accompagnés parfois de coliques hépatiques et d'hyperalgie du foie; on a signalé aussi de l'amblyopie, des névralgies, du tremblement et autres troubles de l'innervation (2).

Les altérations du xanthome vulgaire n'ont aucune tendance à rétrocéder; elles persistent indéfiniment sans se modifier ou en s'accroissant lentement. Elles peuvent se multiplier par poussées aiguës (Blaschko).

Il semble cependant que les localisations viscérales soient susceptibles de présenter des alternatives d'augmentation et de régression, car l'ictère et les phénomènes douloureux peuvent n'être que passagers et se renouveler à plusieurs reprises.

Besnier a signalé, comme distincte de l'ictère, une xanthodermie, de coloration ocreuse; l'urine ne décèle pas en pareil cas trace de pigment biliaire; Hayem ayant établi que l'ictère peut exister sans cette excrétion dans les cas où le sérum du sang est peu chargé de bile, on doit se demander si ce n'est pas ainsi qu'il faut interpréter la production de cette dyschromie cutanée.

HISTOLOGIE. — Les auteurs nombreux qui ont étudié le xanthome à ce point de vue sont loin d'être arrivés à des résultats identiques et les conceptions les plus diverses ont été formulées, particulièrement par Balzer, Touton, Kœbner, Robinson, Unna, Darier.

Ce qui frappe surtout, dans les examens de tissu xanthomateux, c'est la présence d'amas plus ou moins considérables d'une substance grasseuse offrant des caractères particuliers; d'après la plupart des auteurs, il s'agit là de cellules infiltrées par cette graisse : on les a dénommées *cellules xanthomateuses*; elles sont, d'après Touton,

(1) DYER, *Journ. of. cutan. dis.*, 1898.

(2) HALLOPEAU, *Sur la nature des xanthomes* (Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences et *Annales de dermat.*, 1893).

caractéristiques; il leur décrit une mince membrane d'enveloppe, un contenu finement granuleux, un gros noyau et une infiltration grasseuse; certaines d'entre elles sont en outre pigmentées; elles siègent dans les voies lymphatiques. Suivant Unna, cette interprétation serait inexacte : cette graisse serait accumulée, non dans de grandes cellules, mais bien dans des espaces lymphatiques; Darier émet une opinion mixte en disant que ces amas grasseux peuvent être libres ou inclus dans des cellules.

Touton a indiqué des éléments de transition entre ces grandes cellules à noyaux multiples et les cellules connectives normales de la paupière; elles offrent, d'après Török, une grande analogie avec les cellules adipeuses en voie de formation que Flemming a étudiées chez l'embryon.

Les auteurs sont d'accord pour admettre que ces éléments du xanthome se développent sur le trajet des vaisseaux, et particulièrement des lymphatiques, dans un réseau de fibrilles conjonctives et élastiques. L'opinion de Hebra, qui les localisait dans les glandes sébacées, a été soutenue récemment par Geber (1). Cet auteur a constaté que ces organes sont augmentés de volume; il a trouvé leurs cellules tuméfiées et chargées de granulations grasseuses; il s'agit pour lui d'un développement hyperplastique de ces éléments. Cette opinion est restée isolée; à juste titre, Waldeyer (2) considère comme secondaires ces lipomes glandulaires : les localisations du xanthome dans les paumes des mains suffisent à démontrer que l'interprétation de Geber ne peut être admise.

C'est à tort que l'on a parlé, dans ce xanthome, d'une dégénérescence grasseuse; le tissu morbide y conserve sa vitalité : il ne subit pas une évolution rétrograde. Il ne s'y produit pas de ramollissement comme dans les altérations caséuses; on n'y trouve ni cholestérine, ni dépôts calcaires.

Unna a montré que la graisse de ces néoplasies diffère par ses réactions de la graisse normale : elle se présente, au microscope, sous l'aspect d'éléments bacilliformes très petits et offrant une longueur double de leur largeur.

Il ne s'agit pas d'une altération d'éléments normaux de la région, car elle ne contient pas physiologiquement de cellules grasseuses. Pour ceux qui admettent, comme nous, l'origine embryonnaire de ces productions, il y a là une *hétérotopie*. Suivant Unna, ce seraient les éléments interstitiels du muscle orbiculaire qui, en se multipliant, donneraient naissance à ces néoplasies; il assure que si on les enlève avec soin, on peut constater que leur tissu se prolonge entre les faisceaux de muscles qui, d'autre part, envoient des prolongements dans son épaisseur.

(1) GEBER U. SIMON, *A. f. D.*, 1892.

(2) WALDEYER, *Virchow's Archiv*, Bd XLIV.