

C'est donc une hypertrophie circonscrite du derme avec des éléments variables suivant l'âge de la chéloïde. Ainsi, quand cette tumeur est à son début, on y trouve en plus grand nombre des éléments cellulaires et des corps fusiformes, tandis que plus tard ce sont les éléments fibreux qui prédominent.

ÉTIOLOGIE. — On ignore absolument les causes sous l'influence desquelles la chéloïde se manifeste. Jusqu'à présent on ne l'a pas observée dans l'enfance, et elle ne se rencontre que chez les jeunes gens et les adultes. Elle a paru plus commune chez les femmes, de dix-huit à trente-cinq ans, que chez les hommes. Rochoux a signalé sa plus grande fréquence chez les négresses, et ce fait m'a été confirmé par quelques médecins qui exercent aux Antilles.

DIAGNOSTIC. — Les caractères si nets de la chéloïde rendent ici le diagnostic très-facile. On ne doit guère, en effet, confondre cette affection avec aucune des tumeurs fluctuantes ou molles dont l'idée peut venir à l'esprit du chirurgien. Des tubercules syphilitiques ou cancéreux pourraient seuls parfois donner lieu à quelque hésitation.

Mais les *tubercules syphilitiques* n'ont ni la consistance cartilagineuse ni les irradiations des chéloïdes, et les *tubercules cancéreux* qui peuvent se montrer dans la région sternale sont presque toujours accompagnés de carcinome de la mamelle, ou d'un état diathésique des plus graves.

Le *lupus*, par sa couleur, par son siège habituel au visage, par son induration superficielle, n'a point avec la chéloïde d'analogie sérieuse.

Il est une affection à laquelle on pourrait peut-être mieux comparer la chéloïde : c'est celle que nous allons décrire plus bas sous le nom de *sclérome cutané*; quelques médecins la considèrent même comme une sorte de chéloïde, mais nous dirons en quoi elle en diffère.

Quant au *fibrome des cicatrices*, il a dans son mode d'origine un élément fondamental de diagnostic différentiel d'avec la chéloïde spontanée.

PRONOSTIC. — La chéloïde n'est pas une affection sérieuse; c'est une lésion locale qui n'altère en rien la santé et qu'on peut souvent abandonner à elle-même. Cependant, si les douleurs étaient trop vives, on devrait songer à débarrasser le malade de cette tumeur.

TRAITEMENT. — On a essayé de combattre le développement de la chéloïde par des pommades mercurielles, des douches sulfureuses ou de vapeur, des emplâtres auxquels on incorporait l'iode, le mercure et la ciguë. On a donné aussi à l'intérieur l'iodure de potassium, le mercure et la ciguë, mais nous ne connaissons pas de guérisons authentiques par l'emploi de ces moyens.

Si l'on veut guérir le malade, il faut avoir recours au bistouri et enlever avec la chéloïde la peau saine dans une certaine étendue autour du pseudoplasme. Cette recommandation résulte de beaucoup de faits observés, et parmi lesquels le suivant, emprunté à Warren (1), est des plus remarquables :

(1) *Surgical Observations on Tumours*, p. 22.

« Une jeune dame me montra, dit-il, une tumeur verruqueuse de l'épaule qu'elle avait remarquée depuis deux ans, dont le volume était d'un quart de pouce environ, et qui faisait saillie d'un seizième de pouce. On excisa la tumeur, et la plaie se cicatrisa lentement. Au bout de quatre semaines environ, elle commença à reparaitre, et atteignit bientôt un diamètre de trois quarts de pouce, bien qu'elle fût moins saillante que la première fois. On y appliqua alors la potasse caustique; l'eschare éliminée, on toucha fréquemment avec le nitrate d'argent: la plaie se cicatrisa, mais la cicatrice fit saillie de nouveau. J'enlevai encore une fois cette tumeur, mais en excisant du même coup la peau saine dans l'étendue d'un quart de pouce tout alentour, en même temps que la couche du tissu cellulaire sous-jacent. Cette fois il y eut guérison sans récidive. »

Les caustiques doivent être absolument écartés du traitement des chéloïdes.

b. *Sclérome cutané*. — On a décrit depuis quelques années, sous le nom de *chorionitis*, *sclérome des adultes*, *sclérosténose cutanée*, *sclérodermie*, *sclérome cutané*, une affection très-peu connue encore, et qui est caractérisée par l'induration et le retrait de la peau sur un grand nombre de points du corps. Addison, qui en a observé avec soin quelques cas, veut qu'on lui donne le nom de *kéloïde vraie*, et qu'on réserve le nom de *kéloïde d'Alibert* à la maladie que nous venons de décrire; mais cette dénomination du médecin anglais n'est pas acceptable, car il s'agit là de deux maladies bien distinctes qu'on ne doit pas confondre ensemble par un même nom. L'expression de *chorionitis*, qui semble indiquer un état inflammatoire de la peau, pourrait donner une idée fautive de cette affection, et celle de *sclérome* a le tort de faire supposer qu'il s'agit de quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez les enfants. Nous donnons pour toutes ces raisons la préférence à la dénomination de *sclérome cutané*, sous laquelle nous décrivons désormais cette singulière affection.

HISTORIQUE. — Le nombre des cas de sclérome cutané bien observés est peu considérable. Gintrac, qui a fait sur ce sujet quelques recherches historiques, pense que Diemerbroeck (1) et Zacutus Lusitanus (2) ont les premiers signalé chacun un cas de cette maladie; mais il est fort probable que le fait de Zacutus Lusitanus se rapporte à une autre affection, et celui de Diemerbroeck prête aussi matière au doute.

Curzio observa à l'hôpital des Incurables de Naples, en 1752, un fait qui a bien le cachet de la maladie que nous étudions, et il le publia dans une lettre adressée à l'abbé Nollet, sous ce titre : « *Dissertation anatomique et pratique sur une maladie de la peau, d'une espèce fort rare et fort singulière.* » Fantonetti (de Pavie) en a aussi recueilli un cas remarquable qui est inséré dans les *Annali universali di medicina*, janvier 1837. Mais toutes ces observations, fort incomplètes, n'avaient point appelé l'atten-

(1) *Anatomes* lib. VIII, cap. 1, De nervis, p. 502.

(2) *Praxis medica admiranda*, lib. III, obs. C, p. 119.

tion sur cette maladie jusqu'au moment (1845) où Thirial en fit connaître deux cas dans le *Journal de médecine*, sous le titre de *Sclérème des adultes*. Deux ans plus tard Grisolle en observait à l'hôpital Saint-Antoine un fait des plus curieux, qui a été recueilli par la *Gazette des hôpitaux* (29 avril 1847). Ce fait rappela à Forget (de Strasbourg) une observation qu'il n'avait pas encore publiée, et, en la comparant à celle de Grisolle, il ne craignit pas de construire une monographie de cette affection. C'est lui qui donna à cette lésion le nom de *chorionitis* ou *sclérosténose cutanée*. Putégnat (de Lunéville) publia vers la même époque un nouvel exemple d'induration et de retrait de la peau, avec cette particularité qu'il avait été observé sur un homme, tandis que dans les autres cas il s'agissait toujours de femmes. Gillette, ajoutant aux cas déjà connus deux faits nouveaux, présenta un assez bon tableau de cette maladie dans un mémoire sur le *sclérème simple* qu'il inséra dans les *Archives* en 1854.

La plupart des faits observés jusqu'alors nous avaient montré la maladie arrivée à son entier développement. Quelques cas publiés par Addison, dans son mémoire déjà indiqué à la bibliographie de la *CHÉLOÏDE*, d'autres mentionnés par Martins, font mieux comprendre les premiers stades de la maladie. Un cas que j'ai observé à l'hôpital Necker, en 1859, m'a permis d'étudier le premier développement de cette lésion, et de compléter quelques points encore peu connus de l'histoire du sclérome cutané. Enfin, tout récemment il a été publié deux travaux intéressants sur cette affection, l'un par Arning, et le second par Forster. Le premier de ces travaux est une monographie très-complète de cette maladie, et repose sur l'analyse de vingt-quatre observations bien étudiées. On y trouve en particulier un relevé des observations de *sclérome cutané* publiées en Allemagne. Le travail de Forster est une étude anatomo-pathologique du sclérème des adultes, mais on est porté à douter si cet observateur a vraiment observé un cas analogue à ceux dont nous allons parler ici. On consultera sur l'histoire de cette maladie les travaux suivants :

THIRIAL, *Du sclérème chez les adultes, comparé au sclérème chez les nouveau-nés* (*Journal de médecine*, mai et juin 1845, vol. III, p. 137). — FORGET (de Strasbourg), *Mémoire sur le chorionitis ou la sclérosténose cutanée* (*Revue médico-chirurgicale*, 1847, t. II, p. 16). — GINTRAC, *Note sur la sclérodémie* (*Revue médico-chirurgicale*, 1847, t. II, p. 263). — PUTÉGNAT (de Lunéville), *Sur le chorionitis ou sclérosténose de la peau* (*Revue médico-chirurgicale*, 1847, t. II, p. 267). — ADDISON, *On the Keloid of Alibert, and on the true Keloid* (*Medico-Chirurg. Transactions*, 1854, t. XXXVII, p. 38). — GILLETTE, *Du sclérème simple* (*Archives de médecine*, juillet 1854, 4^e série, t. IV, p. 637). — ARNING, *Beitrag zur Lehre vom Sclerema adultorum* [Contribution à la doctrine du sclérème des adultes] (*Würzburg. med. Zeitschrift*, 1861, Bd. II, S. 1861). — FORSTER, *Zur pathologischen Anatomie des Scleroma der Haut bei Erwachsenen* [De l'anatomie pathologique du sclérème de la peau chez les adultes] (*Würzb. med. Zeitschrift*, Bd. II, S. 294).

SYMPTOMATOLOGIE. — On trouve dans le petit nombre d'observations de sclérome publiées jusqu'alors tous les degrés de l'affection, depuis le début

par une petite plaque blanche et indurée jusqu'à l'épaississement de la plus grande partie des téguments. La malade que j'ai eu l'occasion d'observer pendant plusieurs mois dans mes salles me présenta la maladie sous presque tous ses aspects.

L'affection débute par un point circonscrit de la peau sous la forme d'une petite tache blanchâtre, plus dure que les parties voisines. Des plaques analogues se multiplient bientôt, et une surface plus ou moins grande des téguments finit par être envahie. Dans le cas que j'ai eu sous les yeux, une induration ligneuse avait atteint le côté externe postérieur de l'avant-bras et la face postérieure du bras, mais la maladie restait à son premier degré sur le cou et aux membres inférieurs. La femme qui souffrait de ce sclérome s'observait avec soin, et découvrait souvent sur divers points de la surface tégumentaire les plaques commençantes de la lésion.

Lorsque la maladie a fait quelques progrès, la peau paraît immobile, tendue, sans rides ni plicatures, comme adhérente aux os. On ne peut ni la pincer, ni la déprimer, ni y faire pénétrer facilement des corps acérés. Sa coloration est variable ; elle paraît quelquefois d'un jaune de cire ou seulement plus brune que dans l'état normal, mais la teinte varie suivant l'âge de la lésion, et cette peau, d'abord décolorée, prend peu à peu une nuance plus foncée. Sa sensibilité et la perspiration des surfaces malades n'étaient nullement altérées dans les observations de Grisolle et de Forget ; dans deux autres cas, la sensibilité était modifiée : une fois il y a eu de l'hyperesthésie, et une autre fois de l'anesthésie. La peau, dans le fait que j'ai vu, était aussi sensible au centre des points malades qu'ailleurs, mais quand la femme était en sueur on ne trouvait aucune humidité sur les plaques indurées de l'avant-bras. La chaleur de la partie, maintenue à l'état ordinaire chez les différentes malades, était notablement diminuée chez quelques autres.

Cette induration parcheminée et ce retrait de la peau ne s'accompagnent d'aucune douleur et ne produisent guère qu'une gêne mécanique qui met obstacle à certains mouvements, et donne aux individus, quand la lésion siège au visage, un aspect particulier, celui des figures de cire. Chez la malade de Grisolle, la peau de la figure était tendue et lisse ; les plis et les rides étaient beaucoup moins prononcés qu'à l'ordinaire ; le rire et les autres mouvements du visage étaient gênés ; les mouvements du cou avaient aussi perdu une partie de leur liberté. La flexion de la tête sur la poitrine s'opérait facilement, mais la malade éprouvait une résistance très-grande à relever la tête et à lui faire exécuter des mouvements de latéralité. La tension cutanée était à son maximum de développement à la face antérieure des deux membres supérieurs ; l'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible. La malade observée par moi commença à s'apercevoir de son mal par la difficulté qu'elle éprouvait à étendre les doigts, que plus tard il lui fut impossible de mettre en ligne droite. Dans d'autres cas les malades ne peuvent que difficilement ouvrir les

yeux et la bouche, à cause de la roideur parcheminée des téguments. Quelquefois les patients ont alors la sensation d'une étroitesse trop grande de la peau. On a vu aussi, par suite du retrait du derme, des mamelles très-développées s'effacer presque entièrement. La langue elle-même peut participer à la roideur et à la dureté des autres parties. Ainsi, dans la deuxième observation du mémoire de Thirial, la langue était dure, la malade ne pouvait plus ni la remuer ni la replier en tous sens avec la même facilité qu'à l'état normal, ce qui lui faisait dire qu'elle avait peur de la voir se casser un jour comme un morceau de bois.

Les fonctions générales ne paraissent point se ressentir de la lésion locale, et la femme de mon service jouissait d'une santé luxuriante. Toutefois quelques malades se plaignent d'une plus grande tension de l'abdomen, d'oppression après le repas, etc.

La maladie semble commencer le plus souvent par les membres supérieurs et le cou, mais on en découvre rapidement des traces sur tous les points du corps. Sa marche est ordinairement chronique, envahissante, et sa terminaison très-mal connue. Les cas de guérison cités par Curzio, Fantonetti et Thirial paraissent exceptionnels; un état stationnaire de la lésion a été constaté dans les observations de Grisolle, de Forget et dans quelques-unes de celles citées par Arning.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On ne possédait point jusqu'à ces derniers temps d'autopsie de malades atteints de sclérome, mais j'avais pu, chez la femme que j'ai étudiée, examiner l'état des parties dans une incision faite pour remédier à la tension de l'avant-bras. Une incision de 4 centimètres dans toute l'épaisseur de la plaque ligneuse qu'on trouvait à la partie postérieure de l'avant-bras, m'avait, en effet, permis de constater une grande diminution dans l'épaisseur de la peau, qui s'était fusionnée avec le tissu cellulaire sous-cutané; il s'écoula à peine quelques gouttelettes de sang par cette plaie, qui guérit bien sans présenter aucun accident dans sa cicatrisation.

Forster a donné une description anatomique détaillée d'un sclérome qu'il a observé chez un jeune homme de vingt-deux ans, et qui, chose assez insolite, avait pris naissance autour d'un ulcère de la jambe. La maladie s'était étendue de là à un grand nombre de parties du corps. La peau, dans ce cas, était dure sous le couteau comme un cuir de semelle, et elle se confondait presque tout à fait avec le tissu cellulaire sous-cutané. La graisse avait disparu. On pouvait constater à un examen micrographique que les faisceaux cellulaires du derme étaient épaissis, et qu'il existait une prolifération abondante des éléments du tissu conjonctif; de là venaient la coloration blanche et la sécheresse des plaques. Ces lésions, que des études ultérieures devront compléter, diffèrent du sclérome des enfants, où l'on observe l'infiltration d'un liquide séreux dans les mailles du tissu cellulaire avec une dureté particulière de la graisse.

ÉTILOGIE. — L'étiologie de cette maladie n'est pas connue. On sait

seulement que l'affection est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, sur dix-huit cas relevés par Arning, il n'y avait que trois hommes. Les troubles menstruels semblent avoir eu dans quelques cas un rapport évident avec l'apparition de la maladie, et Thirial a constaté une guérison presque complète chez une de ses malades après un retour régulier des règles. Le refroidissement a presque partout été considéré comme une cause du sclérome cutané. Arning prétend aussi que des rhumatismes aigus ou chroniques ont précédé très-souvent la maladie en question. L'âge paraît être sans influence, car dans quinze cas tous les âges sont représentés, depuis huit jusqu'à soixante-sept ans. Les diverses diathèses, syphilitique et dartreuse, sont étrangères à la production du mal.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic, dans des cas si remarquables, ne peut pas présenter de difficultés sérieuses. L'*ichthyose* sera facilement distinguée du sclérome par l'aspect de ses écailles. La *chéloïde*, qui est une tumeur saillante, d'une assez grande dureté et munie d'irradiations caractéristiques, n'a ni la consistance parcheminée ni ce retrait de la peau qu'on observe dans le sclérome. Les brides irrégulières des cicatrices de *brûlure* serviront encore à différencier ces lésions de l'induration régulière qu'on trouve dans l'affection que nous décrivons. Enfin, l'*atrophie partielle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané* a pu, dans quelques cas, en imposer pour un sclérome; mais l'amaigrissement, qui a une telle importance dans ce cas, n'est qu'accessoire dans le sclérome. D'ailleurs la dureté de la peau n'est pas le phénomène prédominant de l'atrophie cutanée.

Le pronostic n'offre rien de sérieux au point de vue de la santé générale, mais c'est une maladie chronique qui sera souvent rebelle au traitement, et dont nous ne connaissons guère encore la terminaison.

TRAITEMENT. — Le traitement employé contre cette affection a été des plus variés, et dans un très-petit nombre de cas seulement, il a paru avoir une action réelle sur sa marche. Dans le fait de Grisolle, l'état de la malade a semblé s'améliorer par les bains alcalins et l'iodure de potassium à la dose d'un gramme chaque jour; mais le même traitement employé par moi n'a eu aucune influence sur la malade que j'ai traitée. Les bains de vapeur, l'hydrothérapie, les onctions huileuses et narcotiques, n'ont pas eu plus de succès, et l'incision que j'ai pratiquée pour donner du relâchement à des tissus fortement serrés, n'a rien changé non plus à l'état des choses. Arning a vu se produire sous l'influence d'un traitement mercuriel une amélioration notable; la dureté avait surtout diminué au bras et au cou, et l'on a pu sur ces points-là former de petits plis. Mais cette amélioration n'a été que passagère. Il me semble utile, toutefois, de ne pas abandonner la maladie à elle-même, et d'essayer de la combattre à la fois par l'iodure de potassium et les bains longtemps prolongés.