

le porte-objet d'un microscope avec une goutte de glycérine, et, en recouvrant ce mélange d'une lamelle mince de verre, on pourra quelquefois étudier le demodex vivant, qui se déplace alors assez facilement.

On trouvera dans l'excellent livre de Moquin-Tandon (1) une bonne description du demodex des follicules, arachnide dégradé, à forme d'helminthe.

2° *Tannes*. — A un degré plus avancé d'hypertrophie, on ne reconnaît plus le follicule pileux, et les deux glandes sébacées, distendues par leur produit de sécrétion, ne forment plus qu'un petit sac jaunâtre, arrondi, assez dur, au fond duquel on observe encore un repli plus ou moins proéminent qui rappelle la séparation primitive en deux cavités distinctes. On a donné à ce degré de l'hypertrophie le nom de *tannes*. Quelquefois le produit sébacé, au lieu de se ramollir, s'infiltré de granulations calcaires qui lui donnent une consistance crayeuse ou pierreuse. Ces ostéoïdes de la peau ont été récemment étudiés par Wilckens, dans une thèse inaugurale de Göttingue (2). J'en ai trouvé dans l'épaisseur du scrotum et autour de l'articulation du genou.

3° *Loupes*. — Enfin, l'accumulation de la matière sébacée se faisant de plus en plus dans les glandes, on a ces tumeurs qu'on désigne communément sous le nom de *loupes*. L'opinion de Hartmann (3), qui a récemment soutenu que les loupes ne provenaient pas de follicules dilatés, ne me paraît pas pouvoir être admise. Cet auteur combat la possibilité de cette origine par la nature du contenu solide de ces loupes au début de la lésion. Plus tard, dit-il, un ramollissement du contenu se produit par une métamorphose graisseuse qui part du centre de la tumeur et s'accompagne d'un dépôt de cholestérine et de sels calcaires. Mais l'examen de ces hypertrophies glandulaires à divers états de développement force à rejeter l'opinion de Hartmann.

L'histoire des comédons n'exige pas d'autres détails que ceux que nous venons de donner, et ce que nous dirons désormais s'appliquera surtout aux *tannes* et aux *loupes*.

On observe quelquefois en très-grand nombre ces hypertrophies des glandes sébacées. Lebert rapporte l'observation (4) d'un cuisinier du Val-de-Grâce qui avait vu, en l'espace de douze ans, se développer, sur divers points de son corps, une centaine de petites tumeurs sébacées dont le volume variait de la grosseur d'une noisette à celle d'une petite noix; mais un des faits les plus curieux de ce genre est celui qui a été rapporté par Lutz (5). Chez ce dernier malade, âgé de vingt-cinq ans, la plupart des glandes sébacées avaient pris un accroissement plus ou moins con-

(1) *Éléments de zoologie médicale*, 1860, p. 297.

(2) *Ueber die Verknöcherung und Verkalkung der Haut* [De l'ossification et de la calcification de la peau] *Inaug. Abhandl.* Göttingue, 1858.

(3) *Virchow's Archiv*, 1859, t. XII, p. 430-454.

(4) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 109.

(5) *De l'hypertrophie générale du système sébacé* (thèse de Paris, 1860, n° 65).

sidérable, et formaient des masses qui variaient du volume d'une lentille à celui d'une aveline; toutes ces tumeurs étaient remplies de matière sébacée et la laissaient échapper à la moindre pression.

Du reste, le volume des loupes varie beaucoup : Astl. Cooper en a vu une qui était grosse comme une noix de coco, et Lebert une autre qui atteignait la dimension d'une tête d'enfant. Leur forme est globuleuse, cependant on en voit quelquefois, à la tête surtout, qui sont aplaties, de là les noms de *talpa*, *testudo*, appliqués à cette forme de tumeurs.

Leur consistance est aussi très-variable : ainsi les petites loupes de la tête sont en général fermes et plus résistantes qu'élastiques; quand elles augmentent de volume, elles deviennent pâteuses. Les loupes du visage et des épaules sont plus fluctuantes dès leur origine; enfin certaines tumeurs sébacées ont, par des raisons déjà indiquées, la dureté de la pierre.

Dans beaucoup de cas, la peau qui recouvre la loupe ne change pas de couleur; quelquefois cependant elle est amincie et réduite à un feuillet assez ténu, variqueux, et qui laisse voir par transparence la couleur de la matière contenue. Les bulbes pileux qui recouvrent ces productions morbides sont souvent atrophiés et les poils tombent (fig. 9).

Les loupes sont toujours plus ou moins adhérentes à la peau, mais elles sont mobiles sur le tissu cellulaire sous-cutané. L'adhérence à la peau s'explique naturellement par la présence du conduit des glandes pilo-sébacées. Lorsque ces tumeurs reposent sur des os, elles peuvent s'y creuser une dépression plus ou moins profonde et finir par y adhérer.

On constate très-souvent à la surface des loupes un petit orifice par lequel on peut exprimer le liquide contenu dans la tumeur. On fait ainsi sortir une matière qui tantôt a la consistance d'une bouillie, ce qui a fait donner à ces tumeurs le nom d'*athérome* (*ἀθήρωμα*, de *ἀθήρα*, bouillie); tantôt l'aspect et la fluidité du miel, d'où vient le nom de *mélécéris* (de *μέλι*, rayon de miel); tantôt, enfin, la consistance du suif. On désignait naguère, sous le nom de *stéatomes* (de *στέαρ*, suif), ces dernières loupes.

Ces tumeurs s'enflamment quelquefois au lieu de se vider, et donnent lieu à des fistules intarissables. La paroi externe de la loupe peut s'ulcérer et l'ulcération qui en résulte a l'aspect d'un cancroïde. Dans d'autres cas la paroi ulcérée de la loupe subit une transformation remarquable, elle devient fongueuse et vasculaire.

Quand on soumet à un examen minutieux ces sortes de tumeurs, on en

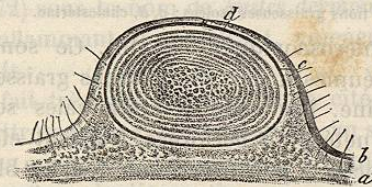


Fig. 9. — Section perpendiculaire d'une loupe du cuir chevelu. — a, tissu cellulaire sous-cutané; b, coupe du derme; c, paroi de la tumeur qui contient une masse disposée par couches concentriques à sa circonférence et granuleuse à son centre; d, orifice de la loupe. Du point c au point a, les poils ont disparu.

reconnait encore deux espèces. Dans l'une, la paroi du follicule est amincie, c'est la loupe ordinaire du cuir chevelu, et dans l'autre tout le développe-

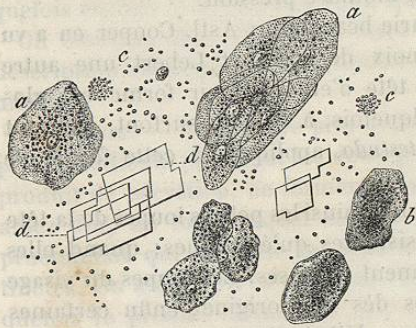


FIG. 10. — Représente les éléments micrographiques du contenu d'une loupe. — a, a, cellules épidermiques isolées ou réunies et remplies de granulations graisseuses; b, b, cellules dont le noyau s'est effacé; c, c, granulations graisseuses isolées; d, d, cholestérine.

ment s'est fait aux dépens de cette paroi. La matière sébacée est peu abondante dans ce second cas, et la paroi fibro-vasculaire a seule augmenté plusieurs fois d'épaisseur : c'est à cette variété qu'il faut rapporter ces petites tumeurs dures qu'on rencontre quelquefois à la vulve et que Huguier a fait connaître sous le nom d'*exdermoptosis folliculaire*.

Quel que soit l'aspect du contenu de ces tumeurs, on y trouve à peu près les mêmes éléments microscopiques (fig. 10). Ce sont toujours des cellules d'épithélium, réunies à des granulations graisseuses ou calcaires et à de la cholestérine. Les cellules épithéliales sont très-aplaties, granuleuses, déchiquetées ou perforées. Souvent elles sont régulièrement stratifiées, de façon à constituer une couche blanche laiteuse, friable, plus ou moins épaisse, qui double la face interne de la paroi fibreuse. Dans certaines loupes volumineuses, l'épithélium, en s'accumulant et se stratifiant sur un même point, donne lieu à de véritables prolongements cornés de la surface interne de la tumeur.

La matière contenue dans les loupes a été plusieurs fois étudiée chimiquement, et Lutz a donné dans sa thèse une analyse très-complète de la substance extraite par pression des glandes sébacées hypertrophiées. Cette matière, d'un blanc légèrement jaunâtre, d'une consistance cireuse, exhalait une odeur nauséabonde, analogue à celle du vieux fromage purifié. Dans huit analyses, Lutz a trouvé, sur 1000 parties, les résultats suivants :

Eau.....	357
Albumine.....	2
Gélatine.....	87
Caséine.....	129
Matière grasse.....	405
Phosphate de soude.....	7
Sulfate de soude.....	5
Chlorure de sodium.....	5
Acide butyrique ou butyrate de soude.....	3
	1000

SYMPTOMATOLOGIE.—Les caractères anatomiques déjà indiqués des loupes suffisent à les faire reconnaître. Ce sont, d'ailleurs, des tumeurs indo-

lentes qui ne causent au malade qu'une gêne légère ou une simple difformité. Elles grossissent lentement, et, arrivées à un certain volume, elles restent longtemps stationnaires. On peut en général les vider par la pression, mais la matière sébacée s'accumule de nouveau à leur intérieur. La peau qui les recouvre s'amincit assez souvent et s'ulcère; alors, ou tout le kyste se détache, ou le fond persiste, se dessèche et prend un aspect corné, ou bien encore il s'y développe une suppuration infecte, quelquefois de longue durée, et qui peut affaiblir les individus déjà débilités par l'âge ou par des maladies antérieures. Nous avons dit que des loupes pouvaient creuser de petites fossettes à la surface du crâne; très-rarement leur action est plus profonde. Delpéch et Lenoir ont chacun cité un fait où les loupes avaient fini par perforer le crâne; mais peut-être avait-on affaire dans ces cas à des kystes dermoïdes. Ainsi, dans un fait communiqué à la Société anatomique (1) par Picard, il est certain qu'il ne s'agissait pas d'un simple kyste sébacé de la tête, mais bien d'une de ces tumeurs congénitales, à parois épaisses, contenant des cheveux, et que nous avons décrites (vol. I, p. 172) sous le nom de *kystes dermoïdes*. Enfin ces tumeurs peuvent, en s'enflammant et suppurant, amener la nécrose ou la carie des os sous-jacents.

La résorption des loupes est un fait très-rare. Léveillé en a cité un cas, observé sur un médecin (2), et Stromeyer (3) raconte qu'il a vu s'effacer un très-grand nombre de loupes sur la tête d'une femme à laquelle il en avait déjà extirpé une, ce qui confirme le diagnostic.

ÉTIOLOGIE.—L'hypertrophie des glandes sébacées a pour cause prédisposante la disposition organique de l'individu, et cette condition organique est assez souvent transmise par hérédité, comme je l'ai plusieurs fois constaté.

Rognetta (4) dit avoir connu une dame qui avait sur la tête une douzaine de loupes, dont chacune s'était montrée au commencement d'une grossesse. Quand arriva l'époque où cette dame cessa d'avoir des enfants, il ne se développa plus aucune loupe. C'est là un fait des plus rares.

Les causes mécaniques, comme la compression des bretelles et du chapeau, ne peuvent être invoquées que chez des individus très-disposés au développement de ces hypertrophies glandulaires. Lebert prétend, d'après ses relevés statistiques, que les loupes de la tête sont plus fréquentes de vingt à vingt-cinq ans que plus tard, et ce que j'ai observé se rapproche de cette opinion.

DIAGNOSTIC.—On peut confondre les tumeurs hypertrophiques des glandes sébacées avec des *lipomes*, et lorsque les loupes siègent à la tête, on a pu les prendre pour ces *kystes dermoïdes* du sourcil que nous avons déjà décrits. Mais le lipome a une mollesse, une surface légèrement bos-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XV, p. 394.

(2) *Nouvelle doctrine chirurgicale*. Paris, 1812, t. III, p. 5.

(3) *Handbuch der Chirurgie*, 1844, Bd. I, p. 250.

(4) *Revue médicale de Paris*, 1833, t. III, p. 377.

selée, surtout lorsqu'on peut tendre la peau sur lui, enfin une large base qu'on ne rencontre plus dans la tumeur sébacée. Les *kystes dermoïdes* de l'angle externe de l'œil sont, en général, congénitaux, toujours profonds et adhérents aux tissus voisins; lorsqu'on les ouvre, on en fait sortir une matière épidermique mêlée à de petits poils, et l'on ne voit rien de semblable dans les loupes qui sont superficielles et mobiles sur les tissus sous-jacents, dont il est très-facile de les isoler. Si une loupe du cuir chevelu existait au niveau des points où se font les *encéphalocèles*, on devrait, pour éviter toute confusion avec ces tumeurs, rechercher la présence des battements qu'on trouve, en général, dans ces hernies cérébrales.

La transformation d'un kyste sébacé en un kyste séreux peut offrir de véritables difficultés de diagnostic, et c'est par l'examen des antécédents de la tumeur qu'on arriverait à une appréciation exacte des choses.

Le pronostic de ces hypertrophies glandulaires n'est pas grave.

TRAITEMENT. — Le traitement peut être *palliatif* ou *curatif*. Quelques personnes qui craignent la douleur ont contracté l'habitude de déboucher et de vider de temps en temps leurs loupes en enfonçant une épingle dans l'orifice du kyste et en exerçant quelques pressions sur lui; mais la tumeur ne tarde pas à se reproduire, et l'on doit avoir recours à un traitement plus radical.

On a essayé de guérir les loupes par des *résolutifs*, la *ponction*, le *séton*, etc., moyens déjà indiqués à l'article général sur les KYSTES; mais de tous ces procédés, l'*extirpation par le bistouri* et la *cautérisation* sont les seuls qui soient régulièrement mis en usage.

1° *Extirpation par le bistouri*. — Il faut distinguer ici les tumeurs sébacées dures des tumeurs molles. Dans le premier cas, on extirpe facilement et rapidement la tumeur en l'embrochant à sa base avec un bistouri étroit qu'on fait ensuite remonter de la profondeur vers la superficie. L'incision faite, rien n'est plus simple que d'enlever avec une pince à mors plats les deux segments du kyste.

Si la tumeur est fluctuante et un peu volumineuse, ce procédé ne convient plus. Il faut alors pratiquer sur la tumeur une incision droite ou en croix, et disséquer le kyste de dehors en dedans, en évitant bien de l'ouvrir. Quand la tumeur est trop grosse, on est parfois obligé de réséquer une portion de peau en excès. Quoi qu'il en soit, l'extirpation terminée, on réapplique les lambeaux cutanés sur les tissus profonds, et l'on soutient le tout par une compression douce avec des rondelles d'amadou maintenues à l'aide d'une bande. J'ai presque toujours réussi à obtenir la réunion immédiate par ce pansement maintenu en place pendant trois ou quatre jours.

2° *Cautérisation*. — Quand le kyste sébacé est peu volumineux, quelques chirurgiens se contentent de le vider par une ponction, et d'en cautériser avec le nitrate d'argent la surface interne. La paroi du kyste se détache au bout de peu de jours, et la guérison ne tarde pas à avoir lieu.

Mais il est un autre mode de cautérisation dans lequel on ne pratique pas d'abord de ponction au kyste. Ce procédé consiste à faire sur la loupe, au moyen de la pâte de Vienne, une eschare plus ou moins large et de la longueur de la tumeur, à abandonner ensuite à elle-même la partie cautérisée en attendant son élimination spontanée.

On peut limiter l'action du caustique sur la tumeur, et faire une *cautérisation linéaire*, en l'appliquant à travers une fente pratiquée à un morceau de diachylon qu'on colle sur la loupe. On laisse le caustique en place pendant dix minutes, et après l'avoir enlevé, on ne touche plus à la tumeur. L'eschare, d'une teinte ardoisée et qu'entoure un cercle rougeâtre, ne tarde pas à se dessécher, et pendant quelques jours tout reste stationnaire. Mais peu à peu la peau mortifiée se détache de la peau saine, et, au bout d'un temps variable, la surface du kyste est mise à nu des deux côtés de cette eschare, et se dessèche au contact de l'air. Cette dessiccation du kyste va même jusqu'aux parties situées sous les téguments, et les parois de la loupe finissent par ressembler à une croûte aplatie. Quand l'eschare se détache, elle entraîne avec elle la substance même du kyste momifié, qui reprend son volume si on le plonge dans un liquide.

Tout cela arrive en général sans suppuration, mais le détachement de l'eschare est quelquefois très-lent à se faire et dure de quinze jours à trois mois. Cette longue durée du traitement conduit à n'employer les caustiques que chez les personnes qui craignent le bistouri. La cautérisation en effet ne met pas tout à fait à l'abri de l'érysipèle que j'ai vu se développer deux fois à la suite de semblables opérations. Je ne me crois donc point obligé à substituer dans tous les cas la cautérisation à l'instrument tranchant.

4° Hypertrophie des éléments fibreux du derme.

Les fibres du derme peuvent augmenter en nombre et en volume, se condenser les unes contre les autres, perdre leur souplesse, et donner lieu à des lésions variées dont nous n'étudierons ici que deux formes principales : la *chéloïde spontanée*, et cette autre affection désignée tour à tour sous les noms de *chorionitis*, *sclérosténose cutanée*, *sclérome des adultes*, et que nous décrirons sous le titre de *sclérome cutané*, pour la bien distinguer tout de suite du sclérome des enfants.

a. *Chéloïde spontanée*. — Nous avons déjà, en traitant des CICATRICES, parlé de l'hypertrophie fibreuse de ce tissu réparateur, lésion qu'on désigne sous le nom de *chéloïde cicatricielle*. Nous décrirons maintenant, sous le titre de *chéloïde spontanée*, une formation de même nature, mais qui n'a point été précédée d'une cicatrice.

On a différemment interprété l'expression de *kéloïde* donnée à ces tumeurs : les uns la font dériver de *κίλη*, tumeur; les autres, des deux mots grecs *κράβη*, crabe, *εἶδος*, forme, qui rappellent la ressemblance grossière de ces pseudoplasmes avec la forme générale d'un crabe.

Enfin on a supposé que ce mot pouvait aussi venir de *zhdz*, « tache qui semble faite par une brûlure ». La seconde étymologie nous paraît préférable à toutes les autres.

La chéloïde spontanée est une tumeur dure, en général aplatie, ordinairement indolente, de forme arrondie ou ovale, qui marche lentement et reste une lésion locale sans altérer la santé de l'individu.

HISTORIQUE. — Peu de travaux ont été publiés sur cette affection, qu'on n'observe pas souvent. Retz (1) est le premier auteur qui l'ait signalée, et il la désigne sous le nom de *dartre de graisse*; mais c'est Alibert qui l'a décrite et surtout bien figurée dans son grand ouvrage sur les maladies de la peau. Depuis lors, il a été publié sur la chéloïde un certain nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons surtout ceux qui renferment des observations intéressantes de cette maladie.

ALIBERT, *Traité complet des maladies de la peau*, 1832. — FIRMIN, *De la keloïde* (thèse de Paris, 1850). — DIEBERG, *Ueber die mit dem Namen Keloïd bezeichnete Geschwulstformen* [Sur les tumeurs désignées sous le nom de keloïde] (*Deutsche Klinik*, 1852, nos 33-36). — TH. ADDISON, *On the Keloïd of Alibert, and on the true Keloïd* (*Medico-Chirurg. Transactions*, 1854, vol. XXXVII, p. 27). — MARTINS, *Ueber das wahre Keloïd* [Sur la vraie keloïde] (*Deutsche Klinik*, 1856, nos 12 et 14). — LHONNEUR, *De la keloïde* (thèse de Paris, 1856).

SYMPTOMATOLOGIE. — La chéloïde commence par un petit tubercule dur, luisant, arrondi ou ovalaire, situé dans les couches les plus profondes du derme. Le début de cette tumeur est en général assez insidieux, et les malades ne s'en aperçoivent que lorsqu'elle a pris un certain volume. Elle se présente alors sous deux formes différentes : ou bien elle s'est accrue en longueur, c'est la *keloïde cylindracée* d'Alibert, qui offre à sa surface de petites rides transversales; ou bien elle a l'aspect d'une plaque tantôt carrée, tantôt ovalaire, relevée sur les bords, et envoyant vers ses côtés des prolongements de même nature : ce sont des irradiations qui ont été grossièrement comparées aux pattes de crabe. Ces plaques font seulement une saillie de 3 à 5 millimètres.

Quand on examine minutieusement à l'œil nu, ou mieux encore aidé d'une faible loupe, la surface d'une chéloïde, on y trouve des ouvertures normales destinées à donner passage aux différents produits de sécrétion; ainsi dans une observation de Firmin, on voyait quelquefois les chéloïdes se recouvrir de sueur. On y constate aussi la présence de poils fins et soyeux.

L'épiderme qui recouvre ces tumeurs est ordinairement mince et toujours luisant. Alibert comparait aux lignes rougeâtres qu'on voit sur la rhubarbe de Chine, les petits vaisseaux capillaires qui circonscrivent ces tumeurs et que rendent encore plus visibles des stries fibreuses nacrées interstitielles. La surface des chéloïdes est souvent sillonnée de brides épaisses.

(1) *Traité des maladies de la peau et de celles de l'esprit*, 1790.

La chéloïde, dure et résistante au toucher comme du cartilage, est quelquefois plus pâle que les tissus voisins, mais ordinairement sa couleur est plus rouge, plus vive, et augmente encore sous l'influence des excitants ou pendant la période menstruelle. On a noté aussi des variations de température dans ces tumeurs, chez certaines femmes, à l'époque des règles.

La chéloïde est ordinairement unique; quelquefois, cependant, on en a observé un assez grand nombre sur le même individu. Cazenave dit qu'une malade de Bielt avait huit chéloïdes; dans la première observation rapportée par Firmin, le nombre des tumeurs était considérable.

On a observé la chéloïde dans beaucoup de points du corps, mais le lieu d'élection de cette bizarre tumeur est la région sternale. Quand elle est unique, c'est là qu'elle se montre habituellement, et quand il y a plusieurs chéloïdes, il est exceptionnel de n'en pas rencontrer sur le sternum.

Ces tumeurs sont ordinairement indolentes; dans quelques cas les malades se plaignent de petites douleurs, d'un sentiment de tension, d'une certaine chaleur; mais Alibert a trop accordé de crédit à l'imagination de ses malades, en disant que la chéloïde donnait lieu parfois à des douleurs tellement lancinantes, qu'elles semblaient être produites par l'aspic de Cléopâtre ou par des crapauds venimeux.

Les symptômes de la chéloïde sont tous locaux, et cette tumeur ne s'accompagne d'aucun engorgement des ganglions lymphatiques. Son accroissement est très-lent; elle met souvent plusieurs années à atteindre la largeur d'un pouce et demi à deux pouces. Quand on trouve des chéloïdes plus larges, elles résultent souvent de la coalescence de plusieurs productions fibreuses de même nature. Les cas de disparition spontanée de la chéloïde sont très-rares; ordinairement la maladie reste stationnaire. Des violences exercées sur cette tumeur peuvent l'ulcérer, mais l'ulcération spontanée ne s'observe guère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — J'ai examiné micrographiquement une chéloïde spontanée que j'avais enlevée de la région sternale d'un soldat, et j'ai pu m'assurer qu'on ne trouvait là que les éléments du tissu fibreux à divers degrés de développement. On peut, à une simple coupe, constater déjà qu'il s'agit d'un tissu dur, résistant, élastique, criant sous le scalpel qui le coupe. Ce tissu, en général d'un blanc assez pur, est quelquefois teinté de jaune par des granulations graisseuses. On n'y trouve qu'un très-petit nombre de vaisseaux sanguins.

La surface de ces tumeurs est recouverte d'une couche épidermique dont les cellules, très-tassées les unes contre les autres, ne sont bien distinctes que par l'emploi de l'acide acétique. Quand on soumet à l'examen microscopique le tissu propre de la chéloïde, on y constate : 1° des noyaux libres; 2° des cellules arrondies dont les plus grosses ont 0^{mm},005 de diamètre, et qui contiennent à leur intérieur un noyau; 3° des corps elliptiques, fusiformes; 4° des fibres élastiques et des fibres du tissu cellulaire en très-grand nombre.

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 y 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 récurrence. »

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*, *sclérodémie*, *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.