

pigmentaires nettement limitées et de cicatrices consécutives à des éruptions pemphigoides, enfin et surtout les troubles importants de la sensibilité cutanée.

De même, dans la *syringomyélie* présentant ou non le type de Morvan, c'est principalement l'examen de la sensibilité qui, dans les cas embarrassants, permettra la distinction avec la sclérodactylie.

Les formes localisées sont d'un diagnostic plus facile. On distingue sans peine une plaque de morphee lisse et unie de la saillie irrégulière d'une *chéloïde*, d'une *cicatrice de brûlure*, d'une *gomme* en nappe; cependant E. Besnier cite un cas de morphee de la région mammaire qui fut pris pour un *cancer* fibreux et qu'un chirurgien s'appretait à enlever.

Traitement. — La thérapeutique des sclérodermies est loin d'être établie définitivement.

Outre le traitement général tonique, huile de foie de morue, fer, arsenic, que nécessite presque toujours l'état de santé des sujets atteints de sclérodermie, surtout dans la scléremie et la sclérodermie progressive, on peut recourir dans ces deux formes aux inhalations d'oxygène préconisées par E. Besnier, aux douches sulfureuses, aux bains électriques, aux courants continus, au massage des parties malades.

Dans les sclérodermies localisées, on emploiera de préférence les médicaments nervins associés ou non aux iodures, les emplâtres résolutifs, les applications de pointes de feu le long du rachis, et surtout l'électricité sous forme de courants continus, de bains et d'électrolyse; d'ailleurs, un bon nombre de ces sclérodermies localisées ont une tendance spontanée à la guérison que ces divers agents thérapeutiques ne feront qu'accélérer.

Dans ces dernières années, on a essayé contre la sclérodermie le traitement thyroïdien; ses résultats ont été très variables et en général peu favorables; ce traitement ne doit d'ailleurs être prescrit qu'avec réserve et en surveillant le malade qu'il expose à des accidents souvent graves.

VII

LES NÉOPLASIES CUTANÉES

Le chapitre des néoplasies cutanées comprend toute une série d'affections qui sont du ressort de la chirurgie et dont nous n'avons pas à donner ici la description; telles sont toutes celles qui sont comprises sous la dénomination de cancer cutané, les chéloïdes, les dermatomyomes.

Le mycosis fongoïde sera décrit, dans ce même volume, par Gilbert, avec les autres manifestations de la lymphadénie dont il fait partie intégrante.

Il nous reste à décrire à cette place la sarcomatose cutanée, le xanthome, le molluscum contagiosum, les adénomes sébacés et les adénomes sudoripares.

SARCOMATOSE CUTANÉE

Les sarcomes cutanés⁽¹⁾, se divisent en deux grandes classes: les sarcomes mélaniques et les sarcomes non mélaniques.

(1) L. PERRIN, De la sarcomatose cutanée. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1886.

SARCOMES MÉLANIQUES

Les sarcomes mélaniques, développés ordinairement sur un *nævus* pigmentaire ou à son voisinage, sont constitués par une tumeur d'abord unique, de forme arrondie ou ovale, de coloration foncée ou noire et de consistance dure. Son volume est généralement peu considérable pendant un temps fort long.

Sous l'influence d'irritations extérieures, surtout à la suite d'une tentative d'intervention chirurgicale, survient la généralisation de la tumeur. De nouveaux néoplasmes analogues au premier se développent, en des points voisins, ou à distance, et avec une grande rapidité. Ces tumeurs secondaires, d'abord sessiles, peuvent s'ulcérer; elles forment alors des ulcérations à fond bourgeonnant, inégal, noirâtre, entourées d'un bourrelet induré et d'où s'écoule un liquide épais, renfermant de la matière mélanique.

La généralisation aux viscères entraîne rapidement la mort.

SARCOMES NON MÉLANIQUES

Les sarcomes non mélaniques de la peau peuvent être primitifs ou secondaires à une lésion semblable des organes profonds ou des membres.

Nous ne décrivons ici que le cancer non mélanique primitif de la peau, qui peut affecter deux formes, l'une généralisée, l'autre localisée.

Le **sarcome non mélanique généralisé primitif**, dont l'étude a surtout été faite par Kaposi, débute par les extrémités. Il se traduit tout d'abord par un gonflement, sorte d'œdème dur, du dos des mains et du dos des pieds, sur lequel on voit bientôt apparaître des taches de coloration brun rougeâtre, ou encore livides ou bleuâtres; ces taches deviennent saillantes, atteignent des dimensions variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une amande, et prennent une consistance ferme, en même temps que le tégument adjacent s'infiltré et devient lardacé; par suite de la multiplication des tumeurs, les régions atteintes revêtent un aspect irrégulier, bosselé, se déforment; quelques-unes des tumeurs peuvent devenir saillantes, se pédiculiser, plus rarement s'ulcérer.

Des lésions semblables se développent sur le reste du corps, surtout sur les membres, en nombre de moins en moins considérable à mesure qu'on se rapproche de leur racine: elles y forment des plaques ou des tumeurs, de coloration violacée, brunâtre ou noirâtre, isolées ou disposées en groupes.

Les lésions peuvent rester longtemps stationnaires et se terminer par la guérison à la suite de régression pure et simple, ou encore se pédiculiser et s'éliminer; elles peuvent ainsi disparaître complètement et la guérison se produire. Plus souvent elles se multiplient, se généralisent aux muqueuses, et la généralisation entraîne la mort du malade.

La sarcomatose cutanée généralisée primitive s'observe le plus souvent chez l'homme entre 40 et 60 ans.

Les *lésions anatomiques* de cette forme de sarcomatose cutanée sont constituées surtout par des cellules rondes isolées ou réunies en forme d'îlots, et par des éléments fusiformes beaucoup moins abondants; on y voit en outre de nombreuses lacunes remplies de sang qui ne sont autres que des néoformations vasculaires. Le pigment qui infiltre les tumeurs et qui leur donne leur

coloration provient du sang extravasé dans les tissus à la suite de petites hémorragies interstitielles.

Le *traitement* consiste dans l'emploi de l'arsenic à hautes doses, administré soit par la voie buccale soit par la voie hypodermique, et donne dans certains cas, lorsqu'il est poursuivi avec persévérance, des résultats très remarquables.

Le **sarcome non mélanique localisé primitif** s'observe le plus souvent à la suite de l'irritation d'un *nævus*, et occupe principalement les extrémités. Il constitue une tumeur dure, de forme un peu irrégulière, de volume souvent assez considérable, ayant la coloration de la peau normale, plus rarement une coloration rouge. Il s'ulcère rarement. Il persiste pendant longtemps sans tendre à se généraliser.

On l'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Anatomiquement il est constitué par une accumulation de cellules rondes ou par des cellules fusiformes.

Le *traitement* consiste dans l'ablation chirurgicale qui doit être complète pour éviter les récidives.

XANTHOME

Définition. — On désigne sous le nom de xanthome ou xanthélasma une affection chronique de la peau, caractérisée par le développement de taches, de papules, de nodosités ou de tumeurs de coloration jaune, généralement bien limitées, plates ou saillantes, constituées par une dégénérescence graisseuse des éléments dermiques.

Description. — Le xanthome peut affecter trois formes, désignées sous les noms de xanthome plan, xanthome tubéreux et xanthome en tumeurs.

Le *xanthome plan* est constitué par de petites plaques ayant en moyenne la dimension de l'ongle, jaune paille, jaune citron ou couleur de feuilles fanées, plates ou à bords légèrement saillants, généralement entremêlées d'éléments plus petits; la peau qui les recouvre est unie, souple, sans épaissement appréciable lorsqu'on la plisse. Ces plaques, indolentes et dont le malade constate l'existence par hasard en se regardant dans une glace, occupent ordinairement les paupières, près de leur angle interne, et d'une façon symétrique; plus rarement, on les rencontre sur d'autres parties du visage, et alors plus particulièrement sur les joues au voisinage de l'œil; parfois on en trouve sur les diverses portions de la muqueuse buccale.

Le *xanthome tubéreux* se présente sous la forme de papules blanches ou blanc jaunâtre, rappelant parfois la coloration du beurre frais, d'autres fois celle du soufre, du volume d'un grain de mil ou de blé ou d'un pois, isolées ou réunies de façon à former des raies ou des plaques, de consistance à peu près égale à celle de la peau normale; ces papules occupent rarement les paupières; on les observe quelquefois sur les joues, mais le plus ordinairement sur les membres, au voisinage des articulations, soit du côté de la flexion, soit du côté de l'extension, assez fréquemment dans les plis de flexion de la paume des mains dont elles dessinent la disposition ou à la plante des pieds; on les voit encore sur le cuir chevelu, sur le tronc, sur la verge et sur les muqueuses de la bouche et du vagin.

Dans le *xanthome en tumeurs* (E. Besnier), les lésions, généralement analogues à celles de la forme précédente sous le rapport de la couleur, sont cependant

parfois rosées ou violacées; mais, dans ce cas, la pression du tégument fait disparaître la coloration surajoutée et réapparaître la couleur jaune spéciale au xanthome. Les tumeurs xanthomateuses occupent généralement les membres, au voisinage du sommet des articulations, coudes, phalanges, genoux; leur volume, plus considérable que dans la forme précédente, atteint celui d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule, etc.; isolées ou réunies en groupes, sessiles ou pédiculées, parfois lobulées, elles ont une consistance plus ferme que dans la forme tubéreuse; elles peuvent provenir, soit de la peau, soit des tissus sous-cutanés: hypoderme, aponévroses, tendons.

Les trois formes précédentes se rencontrent souvent réunies chez le même malade en des régions différentes. Les lésions peuvent se généraliser plus ou moins ou se localiser à certaines régions; la plus fréquente des formes localisées est le xanthome plan des paupières.

Le xanthome, surtout dans les formes plane et tubéreuse, s'accompagne souvent d'une coloration jaune de la totalité des téguments, coloration qui peut avoir tous les caractères cliniques de l'ictère, et s'accompagner de la réaction chromo-biliaire de l'urine; d'autres fois les téguments ont une coloration brunâtre, différente de celle de l'ictère vulgaire (xanthochromie de E. Besnier), qui occupe seulement la peau, respecte la muqueuse buccale et les conjonctives et ne s'accompagne pas de la présence de pigment biliaire dans les urines; peut-être, même dans ces cas, la coloration du tégument est-elle due à la matière colorante de la bile, car Hayem a montré⁽¹⁾ que, dans certains cas de coloration jaune du tégument, où les pigments biliaires sont trop peu abondants dans l'urine pour pouvoir y être décelés par les réactions chimiques, on peut au moyen du spectroscope démontrer leur présence dans le sérum sanguin.

Anatomie pathologique. — Les lésions du xanthome peuvent occuper non seulement la peau, mais les viscères; on rencontre des taches xanthomateuses sur les muqueuses du vagin, de la bouche et du pharynx, de la trachée et des bronches (Wickham Legg et Chambard). On peut même les rencontrer sur l'endocarde (Lehzen et Knauss); un malade de Pollosson avait des crises d'angine de poitrine et un rétrécissement aortique reconnaissant peut-être cette cause.

La localisation viscérale la plus importante du xanthome est celle qui se fait sur le foie: W. F. Smith a trouvé des taches blanches à la surface du foie et des foyers couleur crème dans son parenchyme. Moxon a vu, dans un foie hypertrophié et légèrement lobulé par la cirrhose, les voies biliaires dilatées et parsemées de taches xanthomateuses, le canal hépatique obstrué par elles; dans un cas de Pye Smith, avec examen histologique, les voies biliaires dilatées étaient le siège de lésions xanthomateuses. Cette localisation hépatique, qui coïncide généralement avec des altérations analogues de la surface de la rate, peut donner lieu à des crises d'hépatalgie et être confondue avec la lithiase biliaire et diverses formes de cirrhose hépatique; elle a fait considérer comme dus à des lésions hépatiques primitives des cas de xanthome qui étaient simplement accompagnés de lésions viscérales identiques à celles de la peau, ainsi que l'ont fait remarquer Besnier et Török⁽²⁾.

⁽¹⁾ HAYEM, Coloration spéciale des téguments chez certaines dyspeptiques. Ictère sans pigments biliaires microbiens dans les urines. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 14 mai 1897, p. 704.

⁽²⁾ TÖRÖK, De la nature des xanthomes. *Annales de dermatologie*, 1893, p. 1109 et 1261.

Les lésions cutanées du xanthome sont constituées par une néoformation du tissu connectif, dans lequel on trouve des traînées ou des amas de cellules volumineuses, de coloration jaune clair, connues sous le nom de « cellules xanthélasmiques ». Ces cellules sont remplies, soit de blocs, de gouttelettes ou de cristaux, graisseux, soit de granulations graisseuses; la graisse qui constitue ces gouttelettes et ces granulations jouit de propriétés chimiques spéciales; elle serait, d'après Cazeneuve, analogue à la lécithine.

D'après Török, on trouve tous les intermédiaires entre les cellules conjonctives et les cellules xanthélasmiques dont le développement serait très analogue à celui des cellules du tissu adipeux de l'embryon. On trouve en outre de la graisse dans les espaces lymphatiques.

Dans certains cas, signalés par Touton, et que Unna pense être de nature infectieuse, on trouve, outre les cellules xanthélasmiques, des cellules géantes avec une couronne régulière de noyaux.

Balzer⁽¹⁾ a constaté dans un cas, en même temps que des cellules xanthomateuses en petit nombre, des granulations arrondies occupant soit les cellules, soit la zone conjonctive ambiante, granulations qui, ainsi qu'il l'a démontré, présentent les réactions histo-chimiques du tissu élastique et résultent de la segmentation des fibres élastiques.

Cette forme de xanthome qui a reçu le nom de *xanthome élastique* est rare; elle a été rencontrée également par Chauffard⁽²⁾. Török pense que le xanthome élastique ne représente pas un type spécial, mais la rétrocession du xanthome plan.

Les artères comprises dans le tissu xanthomateux sont le siège de périartérite et d'endartérite souvent oblitérantes, signalées par Chambard.

Potain attribue le xanthome des hépatiques à une oxydation incomplète de la graisse sous l'influence de la lésion du foie.

Étiologie et formes du xanthome. — Les causes du xanthome sont assez mal déterminées ou plutôt tellement dissemblables qu'on a pu se demander si tous les cas du xanthome devaient demeurer compris dans une même description.

On le voit parfois exister à la naissance ou se développer dans le jeune âge. Le *xanthome juvénile*, qui peut être assimilé aux naevi, peut s'observer simultanément chez plusieurs membres d'une même famille. Il se montre le plus souvent sous la forme du xanthome en tumeurs; les paupières sont généralement respectées et il n'y a pas d'ictère, mais certains faits de xanthome juvénile se rapprochent du xanthome de l'adulte.

Le xanthome plan des paupières se développe le plus souvent chez des sujets ayant dépassé l'âge de cinquante ans, gras et arthritiques; il coexiste souvent, de même que le xanthome tubéreux, avec l'ictère chronique; les lésions hépatiques que traduit cet ictère peuvent être de nature variable, calculeuses ou non; mais parfois, comme nous venons de le voir, elles sont en relation directe avec le xanthome et résultent du développement de nodosités xanthomateuses dans les voies biliaires et n'ont plus alors de valeur étiologique.

Fréquemment le xanthome coexiste avec la glycosurie. Le *xanthome des diabétiques*, qui a été surtout étudié en Angleterre par Addison, Malcolm Morris,

⁽¹⁾ BALZER, *Arch. de physiol.*, 1884, t. II, p. 65.

⁽²⁾ CHAUFFARD, Xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1889, p. 412.

Radcl. Crocker, présente quelques caractères spéciaux : fréquence des localisations buccales, absence d'ictère, absence de raies jaunes dans les plis de la paume des mains, absence de plaques jaunes des paupières, souvent disposition ponctuée des lésions et surtout disparition possible et même fréquente au bout d'un temps variable, ou tout au moins modifications généralement parallèles à celles de la glycosurie; enfin ses éléments, qui revêtent la forme papuleuse, reposent sur une base rouge. Quelques auteurs, en particulier R. Crocker et Hallopeau, se basent sur ces caractères pour séparer complètement le xanthome des diabétiques des autres formes du xanthome et en faire une affection à part. Les caractères précédents peuvent s'observer dans des cas de xanthome où la glycosurie fait défaut, ce qui leur ôte beaucoup de leur valeur différentielle. En réalité, il semble qu'on doive ranger le diabète, ou plutôt l'état constitutionnel sous la dépendance duquel le diabète est ordinairement placé, au premier rang des causes du xanthome, d'autant que dans certains cas, où un premier examen des urines a été négatif, on a pu se convaincre ultérieurement que le sujet était atteint de glycosurie intermittente.

Histologiquement, le xanthome des glycosuriques présente, d'après Török, des caractères qui le différencient du xanthome vulgaire : ses lésions consistent en un processus irritatif aboutissant à une dégénération granulo-graisseuse, avec fonte des cellules à la partie centrale; au contraire, le xanthome vulgaire ne résulte pas d'une dégénérescence des cellules, et ses cellules, toujours distinctes les unes des autres, sont analogues à des cellules en voie de formation; les réactions histo-chimiques de la graisse sont différentes dans les deux cas.

Cette question de la nature du xanthome des glycosuriques demande encore de nouvelles études cliniques et anatomiques pour être tranchée définitivement.

Diagnostic. — Le xanthome est facile à reconnaître à sa coloration jaune spéciale, pour peu qu'on ait vu un cas ou une reproduction colorée de cette affection.

La difficulté n'existe guère que dans les cas où cette coloration manque sur certains éléments et dans la forme en tumeurs où le petit nombre de celles-ci peut faire penser à d'autres affections.

Aux paupières, on voit parfois de petits *adénomes* en nappe, qui rappellent beaucoup le xanthome plan, mais en diffèrent par leur coloration blanche, leur forme arrondie, leur multiplicité et leur siège de prédilection à la base de la paupière inférieure, localisation que le xanthome plan n'offre pour ainsi dire jamais sans atteindre simultanément la paupière supérieure.

Traitement. — L'ablation est l'unique mode de traitement du xanthome en tumeur. Dans les autres formes, on peut être exceptionnellement obligé de recourir à la destruction galvano-caustique des éléments.

Le traitement interne consiste principalement dans l'emploi des alcalins et dans l'usage de la térébenthine préconisée par E. Besnier.

Chez les glycosuriques, dont le xanthome suit plus ou moins régulièrement la marche de la glycosurie, on aura dans l'affection cutanée une raison de plus de prescrire le traitement et le régime anti-diabétiques.