

de médicaments, tels que l'iode et les préparations *iodurées* (iodure de potassium à petite dose). On prescrit la teinture d'iode à la dose de trois à cinq gouttes dans une cuillerée de vin avant les repas. Les purgatifs répétés et les préparations alcalines sont indiqués. Les eaux de Marienbad, de Kissingen, de Montmirail, de Brides, etc., agissent à la fois comme alcalines et laxatives.

L'ingestion de corps thyroïde a été conseillée contre l'obésité, car le corps thyroïde ingéré active, on le sait, la dénutrition. Cette médication a donné de bons résultats¹. On prescrit tous les jours un demi-gramme à 1 gramme de glande thyroïde fraîche ou desséchée; les tablettes de Chaix et Rémy représentent chacune 25 centigrammes de glande thyroïde: on en peut prendre une ou deux à chaque repas.

§ 9. LIPOMATOSE DIFFUSE SYMÉTRIQUE A PRÉDOMINANCE CERVICALE

Je vais m'occuper dans ce chapitre de la maladie décrite par quelques auteurs sous le nom de lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale et par Launois et Bensaude¹ sous le nom d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale, dénomination qui réserve une part à l'élément ganglionnaire. J'adopte la première de ces dénominations et j'en donnerai plus loin la raison.

Ici, comme dans tous les lipomes, il s'agit de tumeurs formées de tissu graisseux plus ou moins dense. Quand on dit de cette lipomatose qu'elle est *diffuse*, cela signifie que ses masses lipomateuses s'étendent sans tendance à s'encapsuler comme les lipomes vrais.

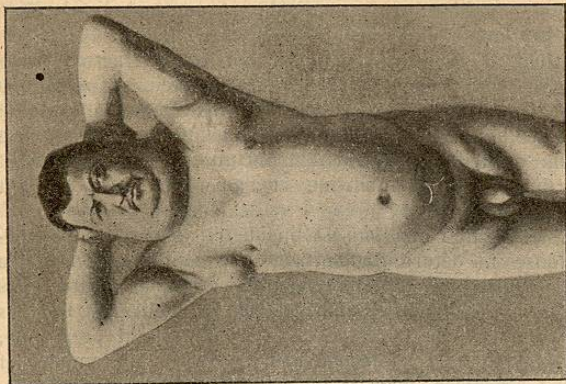
1. Launois et Bensaude. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1898. *La Presse médicale*, 1^{er} juin 1898. — *Iconographie de la Salpêtrière*. 1900, n^o 1 et 2.

A quelques exceptions près, la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale est une maladie de l'âge adulte tout à fait exceptionnelle chez la femme¹. Elle est loin d'être rare puisqu'on en connaît actuellement plus de cent cas. Elle n'est pas directement associée à l'obésité; on voit des gens obèses sans lipomes et l'on voit des lipomes chez des gens presque maigres. La cause réelle de l'affection nous est inconnue, l'hérédité n'est pas démontrée, l'arthritisme et l'alcoolisme sont souvent invoqués.

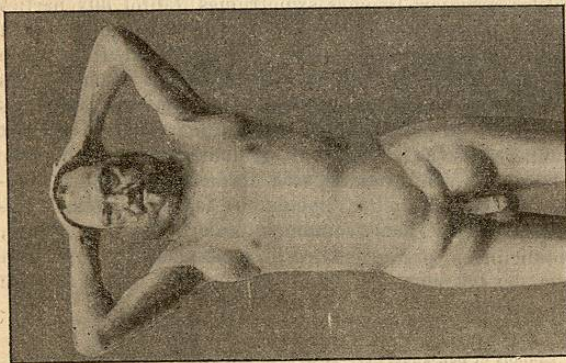
Le début de l'affection est insidieux, les tumeurs lipomateuses ne déterminant ni gêne, ni douleur. La symétrie est la règle, mais elle ne s'installe parfois qu'à intervalles plus ou moins éloignés. Très petits au début, les lipomes ne subissent pas toujours un accroissement progressif, ils peuvent rester stationnaires pendant des années et même régresser, mais je ne crois pas qu'ils puissent disparaître. Souvent ils prennent à la longue les dimensions d'une noix, d'un œuf, d'une orange; ils sont parfois en vahissants et finissent par acquérir des proportions colossales.

C'est à la région cervicale qu'apparaissent habituellement les premiers lipomes symétriques, tantôt aux parties antérieure et latérales du cou, tantôt à la nuque, qui est souvent la première envahie. Le cou grossit et il faut faire élargir les cols de chemise. Les tumeurs lipomateuses sont molasses, indolores, comme fusionnées, à contours mal limités; on peut les mobiliser en masse, elles ne sont ni adhérentes à la peau ni douloureuses. Suivant leur disposition et leur étendue, elles forment collier ou collette. Souvent le collier lipomateux fait un cercle complet, et aux régions sous-mentonnière, sous-maxillaire, parotidiennes, préauriculaires, rétro-mastoïdiennes font saillie des bosselures arrondies ou ovalaires noyées dans le tissu adipeux.

1. Launois et Bensaude. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 21 juin 1901.



Malade de M. Hayem.



Malade de M. Siredey.

En haut de la nuque se développent deux tumeurs qui occupent symétriquement les fossettes rétro-mastoïdiennes et qui sont en partie cachées sous les cheveux. Plus bas, au niveau de la vertèbre proéminente apparaît une tumeur lipomateuse unique ou divisée en deux lobes symétriques. Les figures précédentes donnent une idée exacte de la lipomatose diffuse à prédominance cervicale. Sur les parties latérales du cou, les masses lipomateuses occupent les régions préauriculaires et parotidiennes et élargissent le diamètre transversal de la face.

En avant du cou, la masse lipomateuse peut prendre la forme d'un menton à double et triple étage analogue à celui des gens obèses (Launois et Bensaude). « Le volume du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte que l'extrémité céphalique, depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex, prend la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur (Hayem). » C'est la tête dite en poire. Cette disposition est fort nette sur les planches ci-dessus.

Les lipomes symétriques peuvent n'occuper que la région cervicale, mais, le plus souvent, ils se développent aux régions axillaire et inguinale avec la même symétrie. Aux aisselles, ils forment des tumeurs mollasses, indolores, mobiles, comme fusionnées et à contours mal délimités. Aux aines, les lipomes symétriques se superposent souvent en deux étages, ils forment des masses presque transversales parallèles au pli de l'aîne et qui en dedans avoisinent le scrotum. De loin, on dirait d'énormes hernies. Ici, comme ailleurs, les adhérences cutanées sont nulles et la peau conserve son aspect normal. Les localisations cervicale, axillaire et inguinale de la lipomatose symétrique sont bien indiquées dans les deux planches ci-dessus.

Les lipomes n'ont pas partout la même consistance, ils sont plus mous et plus diffus en certaines parties, notam-

ment à la région mentonnière; ils sont plus fermes et mieux limités à la nuque. Parfois, la masse lipomateuse n'est pas molle dans toute son étendue, on y trouve des noyaux indurés qu'on prendrait volontiers pour des ganglions lymphatiques. Nous discuterons plus loin cette question. On n'a jamais constaté de dystrophie; les troubles de motilité ou de sensibilité ne sont signalés nulle part.

La description précédente s'adresse à la lipomatose symétrique type, celle qui répond à la majorité des cas. Elle s'installe insidieusement et, pendant dix, douze, quinze ans et bien plus encore, elle parcourt son évolution sans accidents, sans compression des vaisseaux ou des tuyaux aériens, elle ne gêne pas les mouvements, elle est compatible avec la santé, elle ne compromet pas la vie, c'est une difformité et rien autre chose. Mais il est des cas qui diffèrent un peu de la description classique. En voici des exemples : Dans une observation de Madelung, la lipomatose avait pris des proportions si considérables que les masses lipomateuses datant de vingt-trois ans tombaient sur la poitrine et sur le dos; elles avaient même envahi le médiastin et compromettaient la déglutition et la respiration. Launois et Bensaude citent les cas suivants : Chez le malade de Schmidt, les épaules étaient extraordinairement élargies par deux énormes masses lipomateuses qui couvraient symétriquement les deltoïdes et descendaient jusqu'à mi-bras; une masse lipomateuse circulaire surmontait l'ombilic. Chez le malade de Virchow-Schottmüller, le haut des cuisses et le scrotum jusqu'au périnée étaient envahis par une infiltration graisseuse généralisée. Chez le malade de Jeanselme et Bufnoir, les lipomes mamelonnaient la paroi abdominale antérieure. Chez le malade de Langer, le ventre et le dos étaient comme capitonnés de lipomes. Dans quelques cas, on a signalé l'oppression, la fatigue, l'asthénie, l'accélération des battements du cœur, l'hypertrophie de la rate. On cite un cas de mort probablement survenu par compression des organes du médiastin.

Les analyses du sang ne donnent rien de particulier. Chez un de nos malades dont je parlerai plus loin, l'analyse du sang était normale. Chez le malade de Pitres¹ on a trouvé : globules rouges, 6 262 000; globules blancs, 10 800. Chez le malade de Demons², Sabrazès a constaté l'absence d'éosinophiles et l'augmentation du nombre de polynucléés neutrophiles. Chez le malade de Quéry, le nombre des globules rouges était normal, le nombre des globules blancs était légèrement augmenté. Chez le malade de Hayem, le nombre des globules rouges était un peu accru, le nombre des globules blancs était un peu au-dessus de la normale. Chez l'un des malades de Launois et Bensaude³ il y avait : globules rouges, 3 472 000; globules blancs, 6 200.

Nous avons maintenant à discuter la nature et la pathogénie de la lipomatose symétrique, discussion déjà entreprise par Launois et Bensaude.

Madelung s'était demandé s'il ne faut pas chercher l'origine de la lipomatose symétrique dans une dystrophie qui serait en rapport avec une affection ou avec la disparition du corps thyroïde; cette hypothèse ne résiste pas à l'analyse des faits. Plusieurs auteurs ont pensé que la lipomatose symétrique est une tropho-névrose d'origine myélopathique. Mais aucun des partisans de cette théorie nerveuse « n'a réussi à établir de relation tant soit peu précise entre le système nerveux et l'hypertrophie adipeuse; on ne peut donc prendre cette théorie en considération que si l'on veut mettre sur le compte du système nerveux tous les phénomènes morbides dont on ne connaît pas la nature ».

Baker et Bowlby avaient supposé que les tumeurs sont plutôt de nature lymphadénomateuse que de nature graisseuse. Mais tous les examens histologiques ont démontré leur nature graisseuse.

1. *Journal de médecine de Bordeaux*, août 1899.

2. Observation relatée dans le travail de MM. Launois et Bensaude.

3. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 5 mars 1897.

D'après Launois et Bensaude la lipomatose symétrique « est une maladie primitive des glandes et des vaisseaux lymphatiques, ayant beaucoup de points de ressemblance avec l'adéno-lymphocèle. Pareille dénomination, disent-ils, « ne s'applique pas à toute infiltration graisseuse périganglionnaire, mais seulement à une entité morbide, à une maladie générale dont les caractères sont constants et qui s'accompagnent de productions lipomateuses diffuses probablement en rapport avec les ganglions et les vaisseaux lymphatiques ».

Un ganglion lymphatique déjà altéré peut s'entourer d'une couche graisseuse et simuler un lipome vrai, comme dans un cas de M. Tuffier¹. Cette lipomatose périganglionnaire secondaire est comparable à la pérityphlite lipomateuse et à la périnéphrite lipomateuse, mais elle ne rentre pas dans le cadre de la lipomatose diffuse, infiltrée, symétrique, que nous en avons en vue dans ce chapitre.

Or, cette lipomatose diffuse, infiltrée, symétrique, a-t-elle vraiment pour origine le système lymphatique et comment le prouver ? A l'appui de leur opinion, Launois et Bensaude font remarquer que le siège de prédilection des tumeurs lipomateuses symétriques diffuses se trouve précisément dans les régions où les ganglions lymphatiques existent normalement; c'est vrai, mais on trouve également des tumeurs lipomateuses dans des régions où les ganglions lymphatiques n'existent pas. Faute de ganglions, disent Launois et Bensaude, il doit y avoir une ébauche de tissu lymphoïde ou un réseau lymphatique qui est l'origine de la lipomatose. Rien ne dit que cette hypothèse ne soit vraie, mais pour la rendre inattaquable il faudrait que l'examen histologique des lipomes symétriques démontrât simultanément, dans la même pièce anatomique, la présence du lipome et la présence de glande lymphatique, ou du moins des vestiges de glande lymphatique.

A la lecture de quelques observations, on voit que la

1. *Société de Chirurgie*, séances des 7 et 14 décembre 1893.

palpation des masses lipomateuses molles permet de sentir des nodosités indurées qui sont considérées comme des ganglions lymphatiques inclus dans le tissu graisseux, et cet argument est invoqué en faveur de la théorie adéno-lipomateuse, le ganglion et le lipome étant surpris côte à côte dans la même tumeur. Dans le cas de Pitres, la palpation de la tumeur lipomateuse donne une consistance molle et dépressible, mais on y sent en outre de petites masses lobulées plus fermes et roulant sous le doigt, petites masses ressemblant à des noyaux ganglionnaires durs, noyés dans une masse lipomateuse. Dans un cas de Launois et Bensaude, il est dit que, par une palpation attentive des lipomes de la région inguinale, « on retrouve des grappes ganglionnaires hypertrophiées noyées au milieu du tissu adipeux ».

Mais, quand la valeur de la sensation donnée par l'exploration est contrôlée par la constatation anatomique, on voit que les nodosités indurées, qu'on prend à la palpation pour des ganglions lymphatiques inclus dans le lipome, ne sont, en réalité, que des amas graisseux condensés, associés ou non à du tissu fibreux. Je laisse de côté le cas de Labbé¹ qui, de l'aveu même de Launois, n'est pas un cas d'adénolipomatose vraie, et chez lequel, du reste, l'examen anatomique n'a pas été pratiqué. Il y a une observation de Hayem, concernant l'examen d'une masse lipomateuse dans laquelle Delbet aurait constaté de petits ganglions noirâtres; mais, en réalité, dans toutes les autres observations l'absence de ganglions est soigneusement consignée.

Ainsi dans un cas de Marçais² et dans les deux cas de Nélaton publiés par Pfestel-Mazoglu, l'examen histologique n'a pu déceler trace de ganglions lymphatiques dans la

1. Adénolipomatose d'origine tuberculeuse à localisation exclusivement cervicale. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 14 juin 1901.

2. Marçais. Contribution à l'étude des lipomes diffus du cou et de la nuque. *Thèse de Paris*, 1895, p. 27.

masse grasseuse. Un des cas de la thèse de Quéry¹ concerne un type de lipomes symétriques à prédominance cervicale. Les lipomes de la nuque furent enlevés par Reclus et l'examen histologique fut pratiqué au laboratoire de Cornil par René Marie. « A la coupe macroscopique de ces tumeurs, on constate qu'elles sont formées par une masse de tissu adipeux de consistance molle renfermant d'autres masses dures d'apparence fibreuse et richement vascularisées à leur périphérie. L'examen microscopique montre que ces tumeurs sont uniquement constituées par du tissu adipeux sans aucune trace de ganglions. Les masses dures perçues à la palpation et à l'examen macroscopique étaient donc formées, non pas par des ganglions, mais par du tissu adipeux normal très condensé renfermant une grande quantité de tissu fibreux. »

Desmons, dans le cas de lipomatose qu'il a opérée, nous dit ceci : « Les fragments de la tumeur enlevée étaient macroscopiquement et histologiquement du lipome pur. Je n'ai vu, ni touché, et encore moins enlevé aucun ganglion ni aucun fragment de tissu d'apparence ganglionnaire. » Ce n'est pas avec pareils documents qu'il est possible d'affirmer l'origine ganglionnaire de la lipomatose diffuse symétrique. Je sais bien qu'on pourrait à la rigueur invoquer le rôle des ganglions lymphatiques, et, plus généralement, du tissu lymphoïde dans l'évolution de la graisse, et si l'on veut bien admettre que c'est le plus souvent dans les régions où abonde le tissu ganglionnaire que se développent les productions lipomateuses diffuses symétriques, on pourrait peut-être supposer que le tissu ganglionnaire est le *primum movens* de l'affection que nous venons d'étudier. Seulement, à supposer que cette théorie fût acceptable, le fait, dans sa genèse, n'en resterait pas moins inexplicable. Pourquoi le tissu ganglionnaire se prêterait-il ainsi à pareilles productions de masses grasseuses ?

1. Quéry. Lipomatose diffuse à prédominance cervicale. *Thèse de Paris*, p. 40.

J'ai, du reste, été témoin d'un fait qui m'a engagé à abandonner l'hypothèse de l'association des lésions ganglionnaires et lipomateuses; on pouvait le présumer en voyant le titre que j'ai donné à ce chapitre. Voici ce fait :

J'avais l'an dernier à l'Hôtel-Dieu un homme atteint de lipomatose diffuse classique, ce qui m'a donné l'occasion de faire une leçon sur cette affection¹. Chez notre homme, comme chez ceux de son espèce, c'est surtout la région cervicale qui est envahie. Les tumeurs lipomateuses occupent les régions antérieure, latérales et postérieure du cou. La tête repose sur un manchon lipomateux. Les masses lipomateuses y forment des saillies de dimensions diverses; elles ne sont pas franchement lobulées; elles sont comme étalées, comme fusionnées, sans ligne de démarcation bien nette; on peut les mobiliser en masse; elles ne sont ni douloureuses, ni adhérentes à la peau, qui a conservé son aspect normal. A la région mentonnière et sur les parties latérales du cou, elles sont plus molles qu'en arrière. A la nuque, les tumeurs lipomateuses sont symétriquement placées et en partie cachées par la racine des cheveux. Plus bas, au niveau de la vertèbre proéminente, est un lipome volumineux.

Notre homme porte également des tumeurs lipomateuses symétriques aux régions inguinales. Elles s'y superposent en deux étages sous forme de bourrelets saillants qui sont parallèles au pli de l'aîne et qui s'étendent en dedans jusqu'au scrotum. Ici encore les tumeurs sont mobiles, indolores et assez mal délimitées. Elles sont molles; toutefois, quand on les malaxe, on a la sensation de nodosités indurées semblables à des ganglions lymphatiques qui seraient inclus dans la masse grasseuse. Mais, instruit par l'expérience, j'avais annoncé que ces nodosités indurées n'étaient pas des ganglions; voulant en avoir la certitude, j'ai obtenu de cet homme qu'on lui enlevât un de ces lipomes; l'examen histologique en a été fait par Jolly et cet

1. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. 1905 (18^e leçon).

examen a confirmé l'absence de ganglions et de toute production lymphatique dans la masse graisseuse.

Cet homme a deux tumeurs lipomateuses symétriques aux régions claviculaires et quatre autres lipomes symétriques à la région lombo-sacrée. Telle est la lipomatose diffuse symétrique de notre malade, qui, du reste, n'est pas atteint d'obésité, mais qui est alcoolique.

Cette affection a débuté il y a une douzaine d'années par la région cervicale; elle a progressé lentement, sans gêne, sans douleur, puis elle a peu à peu envahi les aines et d'autres parties du corps. Malgré cette lipomatose, la santé n'a jamais subi la moindre atteinte.

L'analyse du sang faite par Jolly est normale¹.

Cet homme a quitté l'hôpital, mais il y est revenu un an plus tard, amaigri, cachectique, atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique du foie et de péritonite tuberculeuse. La lipomatose diffuse existait toujours dans les mêmes régions sans que l'état cachectique du malade eût notablement diminué son volume. La mort est survenue en quelques semaines. L'autopsie présentait d'autant plus d'intérêt que c'est la première fois, je crois, qu'on allait pouvoir étudier de près, dans toutes les régions, les masses lipomateuses et voir si en réalité elles présentaient quelques rapports avec le système lymphatique. C'est un de mes chefs de laboratoire, Loeper, qui a été chargé de ce soin. Voici les résultats de l'autopsie :

On trouve une péritonite tuberculeuse caractéristique, sans adhérences, sans amas fibrocaséux, et une hépatite alcoolique avec hypertrophie du foie et infiltration grais-

1. Nombre de globules rouges par millimètre cube . . .	4.000.000				
Nombre de globules blancs par	4.000				
Poids d'hémoglobine pour 100 centimètres cubes de sang	15 grammes.				
Valeur globulaire	50,2				
Variétés de globules blancs pour 100 leucocytes :	<table> <tbody> <tr> <td>25 lymphocytes.</td> </tr> <tr> <td>6 grands mononucléaires.</td> </tr> <tr> <td>63 polynucléaires.</td> </tr> <tr> <td>4 éosinophiles.</td> </tr> </tbody> </table>	25 lymphocytes.	6 grands mononucléaires.	63 polynucléaires.	4 éosinophiles.
25 lymphocytes.					
6 grands mononucléaires.					
63 polynucléaires.					
4 éosinophiles.					

sense des cellules. La rate pèse 580 grammes; elle est dure, sclérosée. Le pancréas est volumineux, dur, sillonné de brides fibreuses qui dissocient les différents lobules et pénètrent même dans les acini. L'intestin ne présente aucune ulcération tuberculeuse. On note une congestion extrêmement prononcée aux reins, qui sont remplis de foyers d'hémorragies glomérulo-tubulaires; aux capsules surrénales, dont les réseaux vasculaires sont très dilatés; au corps thyroïde, dont le poids est de 70 grammes; et aux poumons, dont la base est splénisée. Le cœur est dilaté, les oreillettes sont très distendues, le cerveau est sillonné de vaisseaux volumineux et la région sylvienne et rolandique présente un semis typique de granulations tuberculeuses. Ces lésions banales sont dues à la congestion passive et à la dissémination du bacille de Koch. Elles n'ont aucun rapport avec la lipomatose.

On a examiné avec soin les tumeurs lipomateuses partout où l'on a pu en trouver, dans les régions où se trouvent habituellement réparties la graisse et les glandes lymphatiques, et au niveau des organes qui semblent jouer un rôle dans les échanges organiques. Ces masses lipomateuses existent au-dessous de la parotide, le long des vaisseaux du cou, aux creux sus-claviculaire et axillaire, dans le grand pectoral, à la face antérieure du grand dorsal, aux creux inguinaux et cruraux.

On en trouve également (qui n'étaient pas perceptibles pendant la vie) au-devant du muscle iliaque, le long des espaces intercostaux, sous la plèvre et dans les espaces intercostaux eux-mêmes. On en trouve enfin au-devant de la colonne vertébrale, et dans le mésentère, qui est comme soufflé par la graisse.

Tous ces amas ont l'aspect macroscopique du lipome banal; des coupes faites en plusieurs points de chacun d'eux ne montrent aucun vestige de ganglion lymphatique.

L'examen microscopique des tumeurs axillaires, sous-maxillaires, inguinales, mésentériques, intercostales, a per-

mis de voir que l'on était en présence de lobules adipeux typiques parcourus par des vaisseaux et des capillaires sanguins sans aucun ganglion lymphatique, *sans aucun amas cellulaire même qui pût en être considéré comme un vestige*. Quelques bandes de tissu conjonctif, semées de quelques plasmazellen et de cellules conjonctives assez développées sont disposées sans ordre au milieu de la graisse. Quelques mastzellen se voient çà et là.

Les organes à sécrétion interne, capsules surrénales, glandes pituitaire et thyroïde, présentent, outre la congestion signalée plus haut, des lésions qu'expliquent la stase sanguine et l'infection. Il faut noter pourtant l'hypertrophie adénomateuse du corps thyroïde et le volume assez considérable (80 centigr.) du corps pituitaire. Le système nerveux est intact. Les cellules des cornes antérieures de la moelle sont normales.

§ 10. ADIPOSE DOULOUREUSE

Décrite en 1888 par Dercum (de Philadelphie), l'adipose douloureuse commence à être bien connue; la thèse de Sellerin donne une idée très nette de cette curieuse maladie¹.

L'adipose douloureuse est un syndrome caractérisé par un dépôt de graisse dans le tissu-cellulaire sous-cutané, avec phénomènes douloureux au niveau des néo-productions lipomateuses.

Symptômes. — La maladie débute généralement de façon lente et insidieuse, par de légères douleurs se faisant sentir en un point quelconque du corps. Parfois continues, le plus souvent intermittentes, ces douleurs sont d'intensité variable; les malades les comparent à « une

1. Sellerin. De l'adipose douloureuse. *Th. de Paris*, 1905.

sensation d'eau chaude coulant le long du bras », à « des vers rampant sous la peau », à « un décollement de la peau », à « une sensation constante de froid dans les genoux, bientôt suivie de douleurs sourdes ». On constate d'abord une légère rougeur de la peau sans tuméfaction appréciable, puis avec un peu d'attention on découvre des petites nodosités mobiles, douloureuses à la pression, roulant sous la peau, du volume d'une noisette ou d'une noix. Les douleurs précèdent les tumeurs ou sont contemporaines.

La période d'état comprend des symptômes cardinaux et des symptômes secondaires. Au nombre des premiers sont les douleurs, l'asthénie et les troubles psychiques. Les tumeurs évoluent sous forme nodulaire, plus rarement sous forme diffuse. L'asthénie est toujours marquée; elle va parfois jusqu'à rendre les malades impotents et incapables du moindre effort. Au nombre des troubles psychiques, citons les modifications du caractère, l'instabilité cérébrale, les cauchemars, les hallucinations, les troubles de la mémoire, et la tendance à la mélancolie (Ballet).

Aux symptômes secondaires appartiennent des hémorragies diverses, des troubles vaso-moteurs, moteurs et sensitifs avec zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, des troubles sensoriels et des troubles trophiques (arthropathies, atrophie musculaire).

La maladie dure ainsi des années et le malade succombe emporté par la cachexie ou par une maladie intercurrente. La guérison est assez exceptionnelle.

Le *diagnostic* est à faire avec les œdèmes nerveux, la lipomatose diffuse, la neuro-fibromatose et les lipomes symétriques.

Anatomie pathologique. — Les lésions neuro-fibromateuses et les lipomes symétriques atteignent le tissu conjonctif et les viscères. Le tissu conjonctif subit un gonflement œdémateux caractérisé par la présence de grandes cellules fusiformes sans cellules graisseuses et par du tissu conjonctif embryonnaire, puis l'adipose apparaît et fait