



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



HISTOIRE DE LA DERMATOLOGIE

Histoire de la chéloïde[☆]



History of keloid

A. Petit

Dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Reçu le 12 août 2015 ; accepté le 16 novembre 2015

Disponible sur Internet le 4 janvier 2016

La plus ancienne description connue de chéloïde figure, sous le nom de « dartre graisseuse », dans un ouvrage publié en 1790 [1]. Alibert décrit à partir de 1808 une lésion similaire qu'il appela d'abord « cancroïde » [2]. Par la suite, il renonça à cette dénomination au profit de « chéloïde » (ou keloïde), un néologisme qu'il expliqua avoir forgé afin d'éviter la confusion avec le cancer [3].

La chéloïde fut tout de suite reconnue comme une entité autonome par les auteurs médicaux du XIX^e siècle. En accord sur les caractéristiques cliniques de l'affection, ils débattirent surtout de son étiologie : était-ce une tumeur, une infection, l'expression d'une diathèse ? Au fil du temps, l'idée qui s'imposa fut finalement celle d'une anomalie de la cicatrisation. Alibert admit d'abord l'existence d'une « fausse » chéloïde, ou chéloïde sur cicatrice, par opposition à la chéloïde vraie, de survenue spontanée. La chéloïde sur cicatrice devint cicatrice chéloïde (ou chéloïdienne), tandis que le doute s'insinuait sur la réalité des chéloïdes vraies. Une opinion très répandue aujourd'hui ne reconnaît pas l'existence de chéloïdes spontanées, attribuant a priori le déclenchement de toutes les chéloïdes à une lésion préalable, passée éventuellement inaperçue. La maladie perd ainsi de son autonomie pour se trouver réduite à un statut d'« accident de la cicatrisation ». Il nous a semblé

intéressant de retracer cette évolution, qui illustre le difficile équilibre entre observation clinique et théories étiopathogéniques dans la pensée et la pratique médicales.

Racines et précurseurs

Nous n'avons pas d'indice probant d'une description des chéloïdes qui serait antérieure à 1790. La littérature ancienne connaît néanmoins des cicatrices hypertrophiques, excroissances, bourgeonnements de chair, fongosités et autres tumeurs, en particulier des tumeurs dures, comme les squirrhés, avec lesquels des chéloïdes auraient pu être confondues.

Cicatrices hypertrophiques

Diverses cultures ont usé d'artifices comme l'introduction de corps étrangers dans des scarifications rituelles pour provoquer délibérément des cicatrices hypertrophiques, dans un but ornemental et identitaire. La prédisposition familiale aux cicatrices hypertrophiques est illustrée par la mythologie des Yoruba de Ife, au Nigéria (Fig. 1). Une légende raconte comment Jenrola, artisan de la décoration corporelle à l'instar de ses propres ancêtres, et lui-même porteur de marques faciales non chéloïdiennes, contrevint six fois aux injonctions du dieu Ifa, qui lui avait accordé d'avoir des enfants à condition qu'il ne leur fit pas de scarifications, car celles-ci risquaient de devenir hypertrophiques. Jenrola, qui désirait que ses fils soient à son

[☆] Ce travail a fait l'objet d'une présentation au cours du Forum « Histoire de la dermatologie » des Journées Dermatologiques de Paris 2014.

Adresse e-mail : antoine.petit@sls.aphp.fr



Figure 1. Statuettes Ife en terre cuite ; a : cicatrices en creux (Musée National de Lagos) ; b : cicatrices hypertrophiques (12^e–15^e siècles, Ethnologisches Museum, Berlin).

image, scarifia successivement les six premiers mais fut à chaque fois contraint de les sacrifier parce que leurs cicatrices étaient devenues trop saillantes. Il renonça enfin à scarifier le septième, qui survécut. Son père, devenu riche, demanda alors un autre enfant. Cela lui fut accordé, ... mais il le scarifia, déclenchant de nouveau des cicatrices en relief. Cette fois cependant, les prêtres d'Ifa manifestèrent leur indulgence en guérissant l'excès de chair grâce à des herbes de la forêt. Ce mythe pourrait témoigner d'une connaissance ancienne de la prédisposition génétique aux chéloïdes dans la culture orale Yoruba [4].

Selon Luc Renaut, le déclenchement volontaire de cicatrices hypertrophiques pouvait constituer aussi un outil thérapeutique. Cet auteur explique que les civilisations anciennes ont souvent théorisé le fonctionnement du corps et les interventions thérapeutiques autour de notions de circulation d'humeurs, de fluides ou d'énergie – ces flux empruntant des voies diverses, pas toujours bien définies anatomiquement à nos yeux. Il existait des traitements reposant sur l'activation de ces voies, comme la moxibustion, qui consiste à laisser brûler un objet à la surface de la peau ; et d'autres qui consistaient à vider les conduits engorgés, par saignées ou lavements bien sûr, mais aussi en entretenant des plaies ouvertes pour que le mal puisse s'échapper du corps. Enfin, il semblerait que d'autres encore se soient proposé de réguler la circulation des humeurs en créant des cicatrices hypertrophiques agissant « comme des barrages sur des voies d'irrigation » [5]. L'auteur en donne pour exemple un traitement ophtalmologique décrit par Celse : « ils coupaient légèrement au-dessus les téguments, qu'ils maintenaient écartés à l'aide de crochets mousses ; ils remplissaient ensuite de charpie l'intervalle, afin de s'opposer à la réunion des lèvres de la plaie, et de pouvoir par la production de chairs nouvelles comprimer les vaisseaux d'où s'échappait l'humeur. » [6].

Squirrhes

Certaines descriptions anciennes de tumeurs, excroissances, bourgeonnements ou autres excès de chairs ont pu correspondre à des chéloïdes, d'autant que ces dernières pourraient être plus fréquentes que les cancers de la peau dans une population jeune. La question se pose particulièrement pour les squirrhes, caractérisés par leur consistance très dure, comme celle de la chéloïde. Le squirrhé était historiquement attribué à la stagnation d'humeurs épaisses ou visqueuses ; l'appellation fut conservée au fil du temps pour des tumeurs malignes au stroma fibreux abondant. Le squirrhé était en principe insensible, quoique cette caractéristique ait été discutée. Galien commente les débats à ce sujet : « Nous nommons squirrhé une grosseur dure, indolore, sans être toutefois insensible (...). Or, à supposer que quelqu'un juge bon de donner le nom de squirrhé à celles-là seules des grosseurs contre nature qui sont totalement insensibles, en nommant les autres non pas squirrhes mais grosseurs squirrheuses, qu'il sache qu'il se bat pour un nom, et pour notre part, c'est ainsi que nous appellerons l'affection nous aussi, chaque fois que nous nous entretenons avec lui. De fait, nous avons précisément l'habitude, dans nos entretiens avec quelqu'un, de nous servir des noms qui lui font plaisir. » [7]. On peut voir dans cette réflexion la marque d'une distance ironique de l'auteur vis-à-vis des détails sémiologiques et des mots utilisés pour décrire les maladies, comme si son intérêt de médecin du II^e siècle se portait moins sur la description précise de l'état pathologique que sur son mécanisme supposé (la stagnation des humeurs) et son traitement. Cela introduit un des aspects majeurs de notre réflexion sur l'histoire de la chéloïde, qui est l'équilibre, dans la pratique médicale, entre le savoir biologique attaché à l'élucidation des mécanismes des maladies et le savoir clinique issu de leur description.

La découverte

Retz et la dartre de graisse

Noël (Hubert) Retz est en 1790 « l'un des médecins ordinaires du roi, médecin des hôpitaux de la marine pendant la dernière guerre » [1]. Il publie plusieurs ouvrages sur des sujets variés, allant de la chirurgie à la jonglerie et à la météorologie [8]. En médecine, il manifeste un intérêt particulier pour les maladies de la peau, qu'il conçoit comme liées aux affections « morales » ou « de l'esprit » par le biais d'un défaut de circulation des humeurs hépatiques. C'est dans la troisième édition d'un ouvrage consacré à ce thème qu'il introduit ainsi la dartre de graisse : « Cette maladie est fort extraordinaire ; je ne l'ai observée jusqu'à présent que trois fois. L'épiderme n'est point altéré ; cette membrane a seulement pris une couleur rouge foncée ; elle est soulevée par des amas d'une matière solide qui forme tantôt des espèces de noyaux jusqu'à la grosseur de celui d'un abricot ; tantôt des rayons longs d'un doigt et gros comme cette pâte italienne qu'on nomme macaroni ; ou bien cette même matière occupe de grands espaces sous la peau et y paraît sous la forme de loupes plates et étendues ; ces plaques de loupes sont singulièrement entrelacées par des sillons de la même matière de différentes grosseurs, qui ressemblent à de grosses cicatrices, et forment plusieurs plis et replis, comme s'il y avait plusieurs cicatrices les unes sur les autres ou les unes auprès des autres. (...) Elle est accompagnée de tiraillements, de douleurs lancinantes, de démangeaisons et d'une espèce de langueur que la pléthore bilieuse entretient et aggrave toujours de plus en plus. » [1].

Retz fait suivre cette description générale par l'exposé du cas de Monsieur B., maître maçon de 55 ans qu'on devine

en effet couvert de chéloïdes sur le dos, la poitrine, les bras et les cuisses, sources de « douleurs cruelles et démangeaisons insupportables ». Il ajoute, à notre grande surprise, qu'il a su lui trouver un traitement si efficace que « tout porte à croire que la guérison pourra être complète ». . . Et, dans le droit fil de cette autosatisfaction, précise : « l'inconstance et la mauvaise volonté des deux autres malades m'ont empêché de poursuivre leur guérison comme je l'aurais souhaité ». Le personnage n'est pas humble. On dit qu'il aurait même tué en duel un de ses collègues dont il ne partageait pas les idées [8]. Quoi qu'il en soit, on trouve dans sa description imagée et minutieuse de la lésion le témoignage du renouveau de la pensée médicale de l'époque, mais associé à la persistance des théories humoralistes héritées de l'Antiquité.

Alibert

Jean-Louis Marc Alibert (1768–1837) fait figure de père de la dermatologie française, voire mondiale [9]. Après des études classiques, il rejoint en 1796 la nouvelle École de santé de Paris. Il a le verbe et la plume faciles et s'intègre parmi les grands penseurs médicaux de l'époque, de Pinel à Bichat. On imagine un personnage brillant, comme dans le tableau qui le représente en train de vacciner avec élégance deux nourrissons devant un parterre d'admiratrices (Fig. 2) – même si les descriptions qu'on en possède ne correspondent pas nécessairement à cette image hagiographique. Alibert est nommé en 1801 médecin de l'hôpital Saint-Louis (alors « Hospice du Nord », selon la terminologie révolutionnaire). Il est vite très fameux et accumule honneurs et distinctions ; il sera en 1818 premier médecin



Figure 2. Alibert procédant à une vaccination : tableau de Constant Joseph Desbordes, musée de la Chartreuse de Douai.

ordinaire du roi Louis XVIII, puis de Charles X, qui le fera baron en 1827.

Un esprit nouveau prévaut au tournant du XVIII^e siècle dans la toute jeune Société de médecine de Paris, issue de la Révolution. Le commentaire théorique des auteurs anciens y est délaissé au profit d'un compte rendu précis des faits cliniques : à l'instar des naturalistes comme Linné et Buffon, on s'efforce d'observer, de décrire, de classer. Les hôpitaux sont rénovés et se voient affecter des missions particulières ; ils offrent un espace privilégié pour exercer la médecine selon ces principes. À Paris l'hôpital Saint-Louis, dont la construction avait débuté en 1607 pour abriter les malades en dehors des murs de la ville (après l'épidémie de peste de 1606), devient en l'an X (fin 1801) officiellement spécialisé dans « les maladies chroniques soit contagieuses, telles que la gale, la teigne, les dartres, soit rebelles et cachectiques comme le scorbut, les vieux ulcères, les écrouelles » [10]. Alibert reçoit ainsi un immense vivier de malades qu'il peut observer minutieusement, dont il peut suivre l'évolution, et qu'il décrit avec force détails dans ses célèbres leçons, où patients et médecins de Saint-Louis côtoient un public très distingué : Alibert est un médecin en vogue. Il se pourrait d'ailleurs que sa connaissance des chéloïdes doive autant à son propre milieu social (Fig. 3) qu'aux patients hospitalisés : « On voit à Paris plusieurs dames qui, affectées d'une tumeur de ce genre à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, cherchent à la cacher sous des plaques ou autres bijoux qu'elles suspendent à leur collier. » [2] ; « Dans le même temps, je fus appelé par une demoiselle qui était actrice du grand Opéra. . . » [11].

On attribue à Alibert la découverte du mycosis fongicoïde et de la chéloïde. Concernant cette dernière, il ne cite pas les travaux de Retz ; d'une manière générale, l'analyse de la littérature ancienne n'occupe guère de place dans ses écrits. La première description est publiée en 1808 sous le nom de cancroïde. L'édition de 1810 du *Précis théorique et pratique des maladies de la peau* [2] y consacre douze pages, détaillant par le menu six observations. Alibert poursuivra son étude de l'affection durant toute sa carrière. Il avait créé le mot chéloïde à partir du grec *χηλή*, qui désigne entre autres les pinces de l'écrevisse, par référence aux figures formées par les prolongements polypodiques des lésions observées. Le terme sera conservé dans la littérature médicale, le « χ » grec étant transcrit tantôt par « ch » et tantôt par « k ». Une variante « kelis » sera retenue notamment par Wilson, assortie de fantaisies étymologiques personnelles : références aux autres significations du mot *χηλή* (selon le dictionnaire Bailly : « digue, travaux avancés d'un port, rivage en forme de croissant etc. »), ainsi qu'à *κηλίς* (« tache, souillure, peste, fléau, honte, déshonneur. . . ») [12].

De la description à l'illustration

Une entité clinique indiscutable malgré la variété de ses formes

En 1833, Cazenave et Schedel publient un ouvrage inspiré des leçons que Biett donnait à Saint-Louis, où il avait été nommé en 1813. La chéloïde y est décrite comme rare, au point que Bateman aurait douté qu'elle existât [13]. Comme

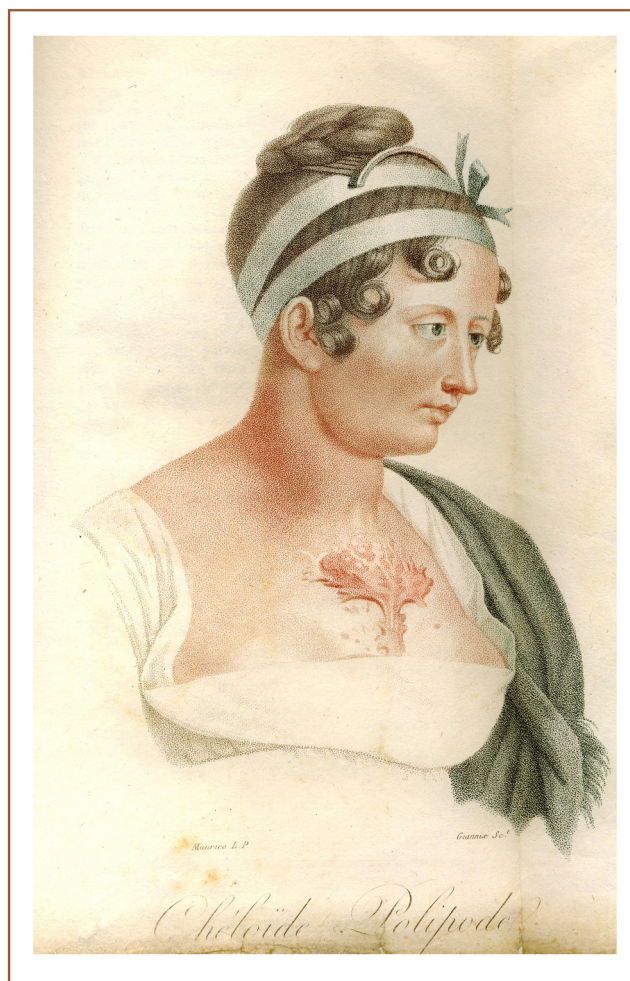


Figure 3. «Chéloïde polypode» (Alibert 1817, Cliché de J. Chevallier) chez une femme élégante. «La miniature d'un arbre incrusté dans les chairs.» (Alibert).

beaucoup, Cazenave et Schedel expliquent cependant qu'il suffit de l'avoir vue une fois pour ne plus douter de son existence, tant son aspect clinique la distingue de toute autre lésion. Les principaux auteurs de la dermatologie européenne et nord-américaine se penchent sur la chéloïde pendant tout le XIX^e siècle, confortant et enrichissant les descriptions d'Alibert grâce à leurs propres observations, et non seulement ex professo. Wilson, en 1867, dénombre 30 cas publiés : 12 chez Alibert, 3 chez Biett, 2 chez Gibert, 5 chez Rayet, 1 chez Warren et 7 observations personnelles. Cependant, et contrairement à Tilbury Fox [14], il ne considère pas que l'affection soit si rare ; il l'évalue à 0,5% de l'ensemble des maladies cutanées [12].

La plupart des caractères cliniques des chéloïdes sont connus avant 1880. Après avoir été décrites initialement comme des lésions le plus souvent isolées, on admet finalement qu'elles sont souvent multiples, se répartissent de manière volontiers asymétrique et affectent préférentiellement certaines zones du tégument. Une prédilection particulière pour la région présternale apparaît dès les premiers écrits d'Alibert et se retrouve chez tous les auteurs. Hallopeau et Leredde vont jusqu'à isoler la chéloïde présternale comme une forme particulière, à laquelle ils prêtent

une origine embryonnaire et qui ne s'associerait pas à une tendance aux chéloïdes post-traumatiques en d'autres régions du tégument [15]. Bien que ce dernier point soit inexact, la localisation présternale est toujours aujourd'hui la plus volontiers associée à la chéloïde spontanée. Les autres zones de prédilection classique sont vite identifiées : épaules, cou, etc.

Plusieurs critères, parmi lesquels l'absence d'ulcération, contribuent à distinguer la chéloïde des cancers (voir plus loin). Certains auteurs signalent cependant de possibles excoriations de grattage en lien avec le prurit. Des formations purulentes d'origines variées peuvent précéder ou déclencher le développement chéloïdien, comme dans le premier cas masculin d'Alibert [2]. Curieusement, il est en revanche difficile de trouver des descriptions historiques des suppurations intrachéloïdiennes, bien que ces dernières soient assez fréquentes, surtout dans les zones pileuses : pour Delpech, la chéloïde ne suppure pas [16].

Plusieurs grands types morphologiques se dégagent des premières descriptions de la chéloïde. On reconnaît des tubercules ; des galettes ovalaires, souvent déprimées en leur centre ; des cordons allongés, généralement plus étroits au centre qu'aux extrémités et volontiers pourvus de prolongements polypodiques ou bifurqués à la manière de pinces de crustacés ; des brides et des entrelacs de cordelettes superficielles. L'évolution est reconnue comme capricieuse, faite de périodes d'accroissement progressif parfois sur des décennies, mais aussi de stabilisation et plus rarement de régression. La surface de la chéloïde apparaît tantôt lisse et luisante, tantôt desquamative ; sa teinte inhomogène, du blanc nacré au rosé ou au rouge, parfois semi-transparente et laissant voir des dilatations vasculaires. En définitive, les auteurs s'accordent à trouver la chéloïde facile à reconnaître quand on l'a déjà vue, mais leurs descriptions se heurtent à la variété et à l'hétérogénéité de ses contours, son relief, sa couleur et sa surface. Pour pallier la difficulté, les comparaisons se multiplient, selon l'habitude de l'époque ([10] p. 5) ; elles sont pour Alibert comme pour Wilson un procédé fort respectable : « Qu'on se représente un crabe, ou quelque autre insecte de mer, muni de plusieurs pieds, qui s'enfoncent dans la substance de la peau, on aura une idée de cette végétation aussi bizarre qu'extraordinaire. » [3]. Oiseaux, insectes, crustacés, tortues, crapauds, mais aussi éventails, haltères, gerbes de blé, macaronis, galettes, corail, croix de Malte, mains d'enfant croisées sur la poitrine etc. seront longtemps convoqués pour aider le lecteur à se représenter les lésions (Fig. 4). Et Alibert de poursuivre : « Les observateurs ont agi avec sagesse, en donnant aux diverses altérations morbifiques qu'ils ont eu l'occasion de découvrir, des dénominations analogues aux choses qu'elles représentaient : on est beaucoup mieux entendu, toutes les fois qu'on parle par images. ». De fait, l'iconographie allait occuper une place essentielle dans son œuvre.

Essor de l'imagerie clinique

Retz avait dit de sa dartre de graisse : « Je sens toute la difficulté qu'il y a de saisir le caractère de cette maladie sans l'avoir vue, par l'impossibilité où j'étais de me la représenter avant de la voir. » [1]. Au-delà de l'étrangeté du propos, on peut se demander si l'auteur n'aurait pas été plus

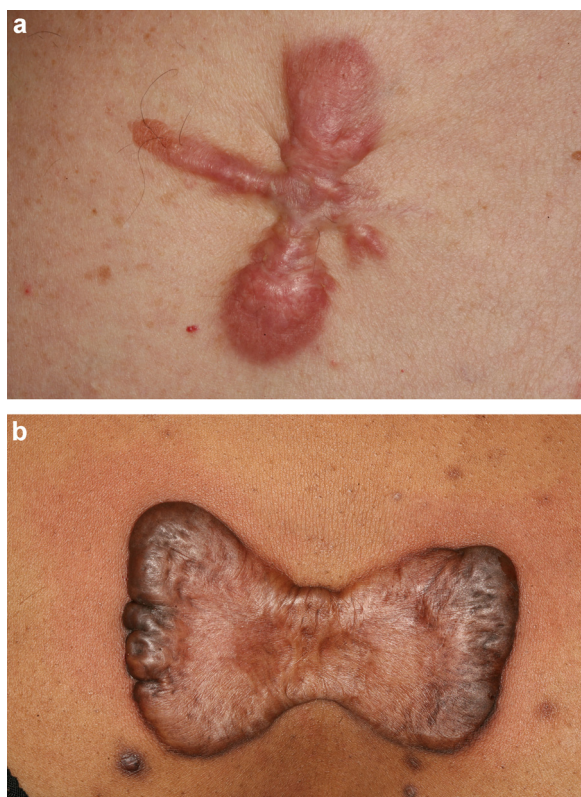


Figure 4. Les chéloïdes peuvent dessiner des formes très variées, suscitant chez les premiers auteurs des comparaisons animales qui peuvent encore paraître pertinentes aujourd'hui.

inspiré d'assortir sa description de quelques illustrations démonstratives (Fig. 5). Alibert, quant à lui, avait compris l'importance cruciale de l'iconographie pour la transmission et le partage des connaissances en dermatologie. Il publia en livraisons, à partir de 1806, un ouvrage abondamment illustrés de gravures en couleur, sous le titre *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*. On y trouve les premières images de chéloïde – sans doute plus des outils didactiques que de fidèles représentations de la réalité, comme en témoigne l'utilisation du même fond pour deux chéloïdes différentes sur la Fig. 6. L'impression de ces ouvrages illustrés coûtait très cher, mais devait probablement être facilitée par le lien qui l'unissait à son imprimeur, dont il avait épousé la fille fortunée [9]. L'iconographie clinique dermatologique continua de progresser ensuite avec les moulages (Fig. 7) et les photographies (Fig. 8). Alfred Hardy, médecin à l'hôpital Saint-Louis, fit réaliser des les années 1860 des photographies noir et blanc des lésions cutanées, qui étaient ensuite colorisées à l'aquarelle ([10] pp. 23–36).

Signes fonctionnels : une écoute des patients

Prurit et douleur sont signalés dès les premières descriptions de chéloïdes, y compris chez Retz [1]. Leur fréquence est diversement appréciée selon les auteurs, pour les uns très habituels, pour d'autres ne concernant qu'une minorité de patients. Ils peuvent être extrêmement sévères, éclipsant volontiers la gêne esthétique. Le caractère neurogène de la douleur, son intrication au prurit, son intensité, son réveil

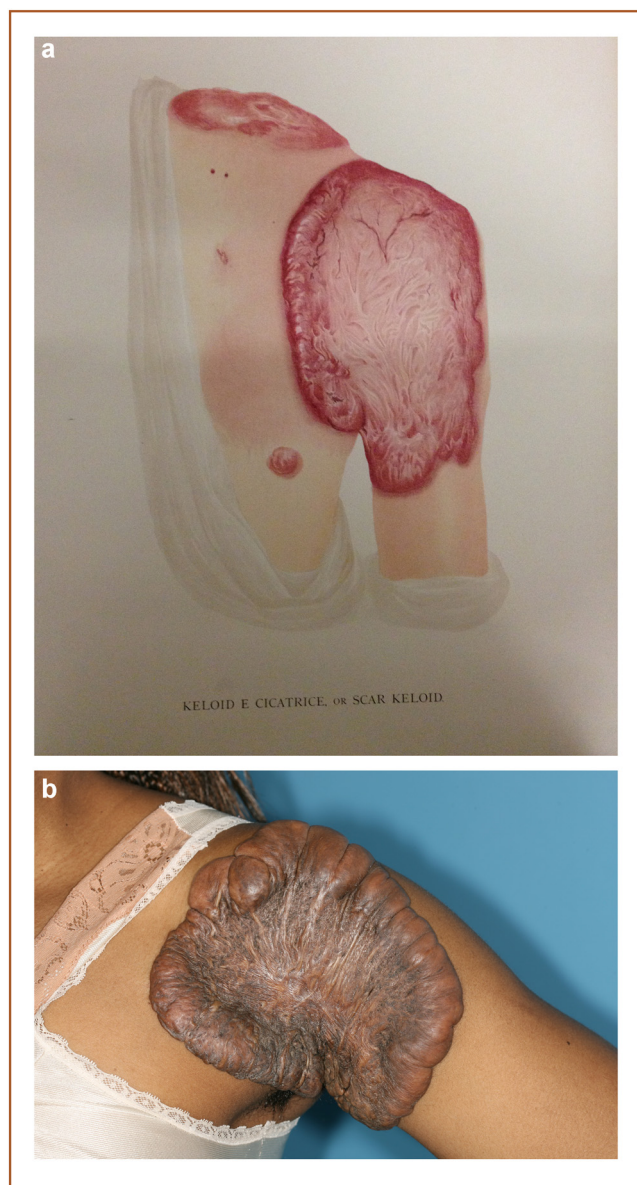


Figure 5. Chéloïde de l'épaule; a : gravure extraite de l'*Atlas of the diseases of the skin*, par H. Radcliffe Crocker, Edinburgh et Londres 1896, Young G Pentland; b : photographie d'une patiente actuelle. Noter à la partie centrale (cicatricielle) de ces lésions l'enroulement et l'entremêlement de filons linéaires d'aspect cicatriciel, comme Retz l'avait décrit pour sa « dartre de graisse » [1].

au moindre frôlement (allodynie) ou aux changements de température sont amplement décrits et parfois perçus à juste titre comme des signes d'évolutivité du processus chéloïdien : « La douleur est intense et spontanée au début de la formation de la kéloïde, quand le néoplasme comprime et enserre les terminaisons nerveuses... » [15]. Occupant une place essentielle dans la caractérisation des lésions et justifiant donc une certaine insistance des auteurs, ces signes fonctionnels ne peuvent cependant pas être montrés en images et appellent de longs développements narratifs, souvent très réalistes. Qui est familier avec les chéloïdes pourra ainsi reconnaître chez Wilson les patients qui ne parviennent plus à dormir sur le côté en raison des douleurs

de leurs chéloïdes thoraciques, et chez Alibert ceux qui expliquent se gratter non pas sur, mais autour et à distance de la lésion. Car ces auteurs restituent avec minutie les signes fonctionnels tels qu'ils leur sont rapportés par les patients les plus imaginatifs : « Lorsqu'on veut bien décrire une affection, il est parfois utile de recourir aux comparaisons dont se servent les malades. Ils rendent mieux ce qu'ils éprouvent, parce qu'ils sont en quelque sorte inspirés par leurs souffrances ». Et Alibert de poursuivre : « J'ai vu une pauvre villageoise tellement crédule et superstitieuse qu'elle s'imaginait avoir un crapaud qui lui mangeait les seins. Une dame m'écrivait qu'elle avait sur la poitrine l'aspic de Cléopâtre. » [3]. Le médecin peut aussi adhérer aux conceptions de son patient : « ... il n'en souffre guère, et seulement dans le temps où l'atmosphère est plus électrique que de coutume (...) lorsqu'il était en pleine mer, cette indisposition l'avertissait de l'arrivée prochaine de la tempête. » [11]; « Il est des cas où cette tumeur est, pour ainsi dire, un baromètre. » [3].

La restitution fidèle de telles remarques du patient témoigne d'une démarche humaine mais aussi exploratoire, en ce qu'elle ne limite pas le recueil des renseignements aux seules données compatibles avec des idées préconçues : Alibert n'écarte pas de sa description les éléments auxquels il ne peut pas encore donner de signification.

Signes dynamiques : des finesses sémiologiques tombées dans l'oubli ?

Brocq écrivait en 1921 : « La vascularisation des chéloïdes explique leur érectilité. Quand on les malaxe ou qu'on les traumatise, elles deviennent turgescents, jusqu'à doubler parfois de volume. » [17]. Gaucher, en 1896, signalait à la suite de Rayet qu'une turgescence des chéloïdes pouvait être induite quand on les malaxe (ou bien par la chaleur, les exercices violents, le travail, la digestion, l'approche de la menstruation...), mais qu'il ne fallait pas confondre turgescence et érection, cette dernière étant une caractéristique de « *nævi* » et non des chéloïdes [18]. Il est difficile de trouver mention d'un tel phénomène dans la littérature médicale actuelle, mais tout aussi difficile d'imaginer que ces auteurs aient pu confondre les chéloïdes, qui commençaient à être bien connues, avec des tumeurs érectiles comme les léiomyomes. S'agit-il de simples recopiations d'une erreur initiale ? Ou de finesses sémiologiques exagérées par Brocq et aujourd'hui tombées dans l'oubli ?

L'apport du microscope

L'histopathologie cutanée, outil essentiel du diagnostic dermatologique, s'est développée dans la seconde moitié du XIX^e siècle dans une dermatologie européenne dominée par le prestige des écoles germanophones, singulièrement l'école de Vienne, dirigée par Hebra ([10] pp.81–97). Kaposi, élève, gendre et successeur de Hebra, décrit [19] : « À l'intérieur du corps de la chéloïde, et autour des vaisseaux comprimés par les épais faisceaux de fibres qui les enveloppent comme une gaine, il n'y a que peu de noyaux et peu de cellules fusiformes à noyau ; il y en a, au contraire, beaucoup dans les parties plus jeunes de la chéloïde, et autour des vaisseaux de ses prolongements, de

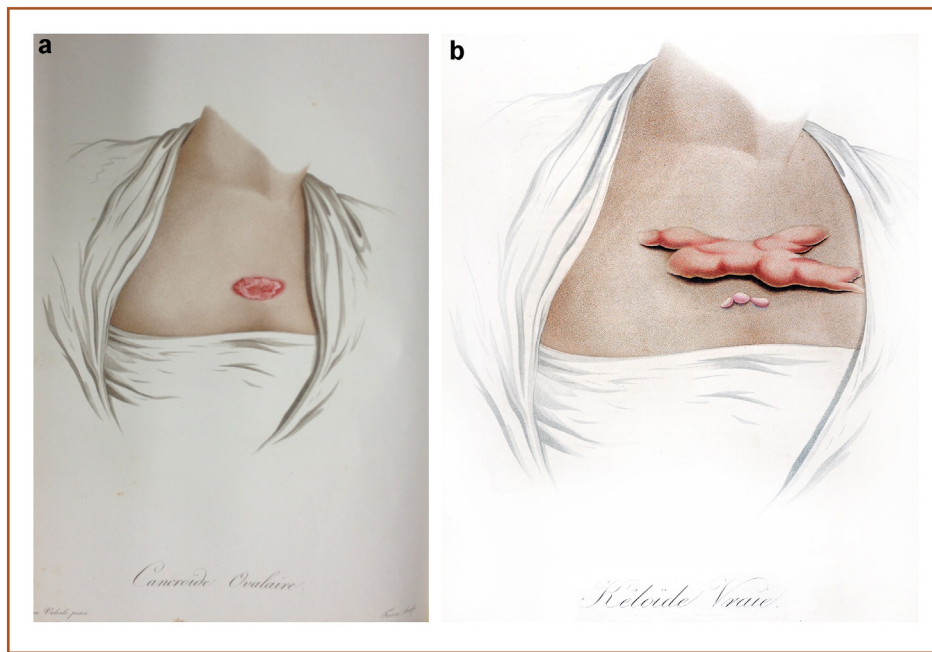


Figure 6. Illustrations d'Alibert ; a : cancroïde ovalaire (1808) ; b : kéloïde vraie (1833). Noter que le fond reste le même, l'image étant ainsi « anonymisée ».



Figure 7. « Chéloïde sur syphilide ulcéreuse », moulage de Jules Baretta, 1878, collection hôpital Saint-Louis, Paris.

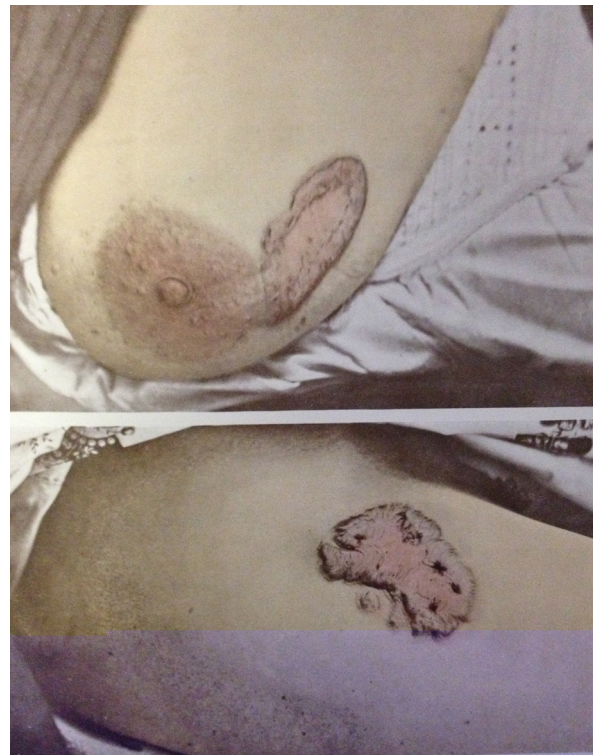


Figure 8. Premières photographies publiées de chéloïdes, coloriées (George Henry Fox, *Photographic Atlas of the diseases of the skin*. Philadelphie et Londres, 1909, J.-B. Lippincott Company).

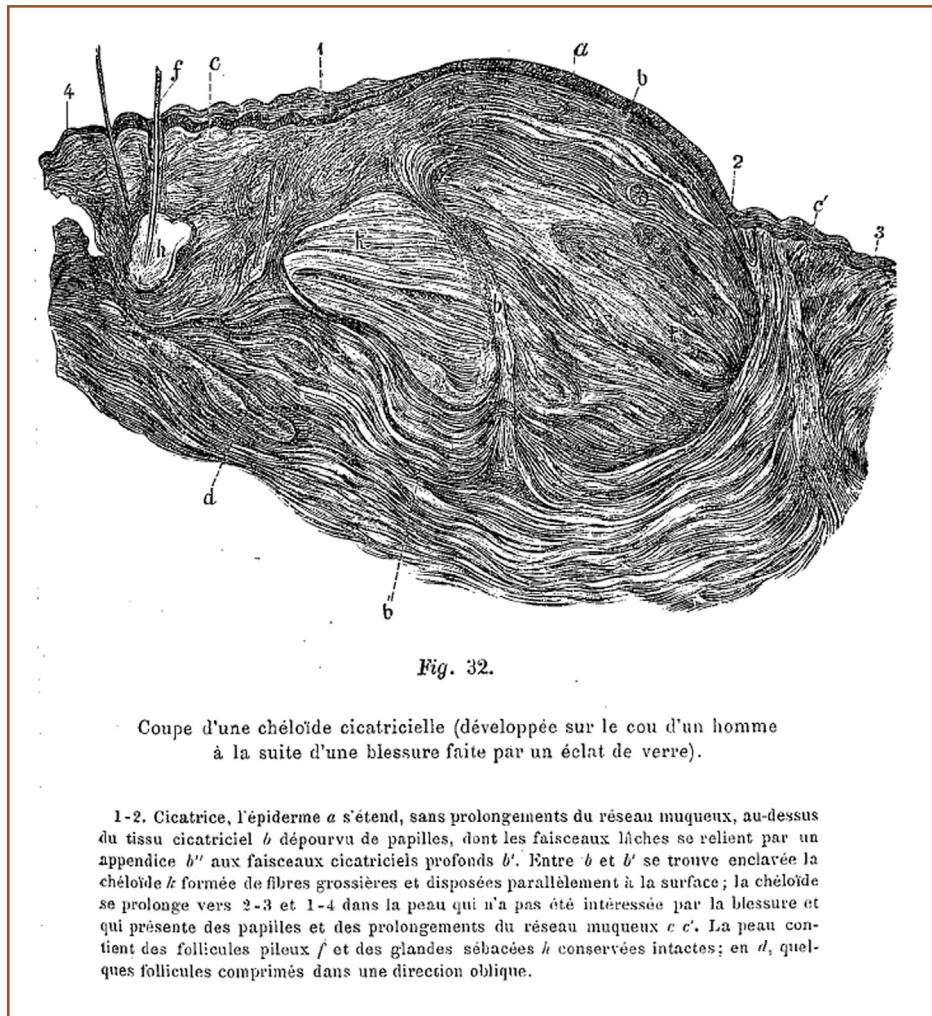


Figure 9. Aspect histologique de la chéloïde, dessin de Kaposi [19].

manière à indiquer que les fibres de tissu cellulaire de la chéloïde prennent naissance dans ces cellules fusiformes qui entourent les vaisseaux en forme de gaine.» (Fig. 9). Pour Woringer [20], les gros faisceaux de collagène épais et hyalinisé sont moins constants et moins caractéristiques que ce qu'il nomme le « tissu chéloïdien délicat », constitué « de fines fibres et de faisceaux grêles et souvent déchiquetés ». Chacun des deux auteurs souligne à sa façon l'hétérogénéité histologique du tissu chéloïdien, aujourd'hui bien reconnue [21].

Hypothèses étiologiques

À mesure que s'élaborait un répertoire raisonné des entités morbides, en fonction de leurs caractéristiques anatomo-cliniques, de leurs mécanismes et des causes qu'on leur prêtait, divers cadres étiologiques étaient proposés pour la chéloïde. Nous laisserons de côté quelques pistes mineures, comme celle d'un trouble du métabolisme calcique ou d'un désordre hormonal, pour aborder les quatre principaux objets de débat : le cancer, la prédisposition génétique, l'infection et le trouble de la cicatrisation.

Chéloïde et cancer

La grande ambition d'Alibert était de créer une véritable taxonomie des dermatoses calquée sur les sciences naturelles naissantes, en particulier la botanique. Dans la classification qu'il avait élaborée et illustrée par son célèbre « arbre des dermatoses », la chéloïde apparaissait en 1832 [11] au sein du groupe des dermatoses cancéreuses, constituant le genre « kéloïde ». Alibert, qui avait affirmé dès ses premiers écrits avoir créé le terme de chéloïde pour bien marquer qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, semble ici se contredire. Il s'en justifie de manière confuse : « C'est une hypertrophie morbide sui generis, qui se lie pourtant au groupe des dermatoses cancéreuses, par les douleurs qu'elle provoque, et par le siège qu'elle occupe sur le tégument. (...) Nous avons assigné le rang qu'elle doit tenir, parmi les dégénérescences albumineuses. (...) Ce squirre aplati de la peau... » [11]. On devine à cette lecture à quel point la tâche d'ordonnement des dermatoses que s'était fixée l'auteur était ardue. De fait, la classification d'Alibert ne connut jamais un franc succès ; elle était de peu d'utilité pratique et ses considérations ontologiques sur la nature des maladies souvent contradictoires et superflues.

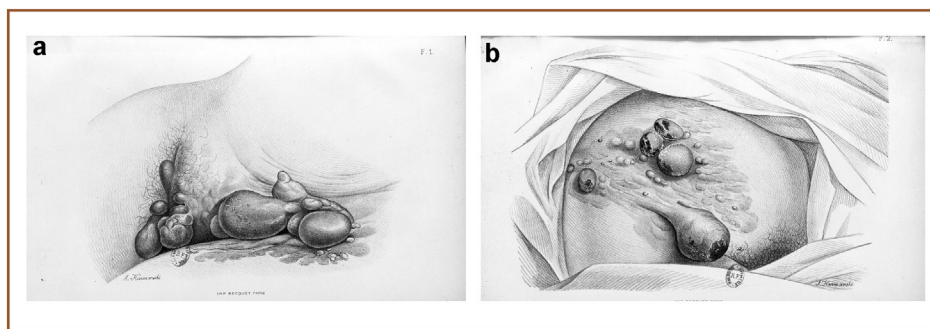


Figure 10. « Chéloïde inguinale spontanée » de Liron : probablement un cancer, certainement pas une chéloïde... [23].

Les premiers écrits médicaux succédant aux descriptions d'Alibert rapportent parfois des cancers évidents, comme la cancroïde de Duchateau en 1810 (qu'Alibert aurait décrétée syphilitique) [22] ou plus tard la chéloïde inguinale spontanée de Liron [23] (Fig. 10). C'est sans doute la même confusion qui incite Louis-Victor Duchesne Duparc à la sur-enchère thérapeutique en 1862 : « Il faut détruire jusqu'aux dernières limites du mal ; le médecin n'a la certitude d'avoir fait assez que s'il lui reste la crainte d'avoir trop fait. » [24], ou Guibout à écrire en 1879 : « Après plusieurs récidives post-opératoires, la chéloïde se transforme en sarcome. » [25].

Mais si l'on excepte ces quelques errements, les chéloïdes vont être largement reconnues comme des lésions bénignes, compatibles avec une vie normale : « J'ai vu naguère une jeune demoiselle que cette indisposition n'a pas empêchée de contracter un mariage avantageux, ... » [26]. Les arguments sont multiples : signes généraux absents, sauf lorsque l'intensité du prurit ou de la douleur épuisent le patient ; absence d'adénopathie satellite ; absence d'ulcération ; croissance lente et qui peut s'interrompre ; régression spontanée possible, quoique rare. En cas de lésions multiples, leur répartition dans l'espace et dans le temps n'indique pas un essaimage infectieux ou métastatique. Cependant, l'intensité des douleurs et l'impuissance des moyens thérapeutiques usuels restent troublants, notamment la récurrence quasi inéluctable après exérèse ou destruction.

Prédisposition individuelle et diathèse ; débuts de l'« ethnomédecine » en atmosphère raciste

Alibert avait constaté une prédominance des femmes parmi ses premiers patients et y voyait la preuve que « dans cette affection le système lymphatique est radicalement affaibli » [26]. Cazenave et Schedel [13] furent parmi les premiers à réfuter cette thèse. Léon Delpech, en 1881 [16], rappelait que la répartition selon le sexe avait fait d'objet d'évaluations contradictoires ; selon lui, l'affection était également distribuée entre hommes et femmes mais il se pouvait qu'une plus grande fréquence de consultation chez les femmes fût liée à une préoccupation esthétique plus présente chez ces dernières.

Même pour les auteurs qui n'admettaient pas l'existence de chéloïdes spontanées, les traumatismes responsables du déclenchement des chéloïdes ne suffisaient pas à expliquer

leur développement continu : il fallait qu'il s'y ajoutât un phénomène ou un état, local ou général, favorisant leur développement. Bazin, un des grands défenseurs du concept de diathèse, fit des chéloïdes l'expression d'une « diathèse fibro-plastique », sorte de prédisposition constitutionnelle à former du tissu fibreux en réaction aux traumatismes ou bien spontanément. Au milieu du XIX^e siècle, une controverse opposait défenseurs et détracteurs de la théorie de la diathèse. Au-delà de l'acception courante du mot, au sens de « constitution prédisposante », la diathèse représentait un état pathologique plus ou moins occulte, un « trouble de l'économie de l'organisme » ; elle donnait une cohérence globale, un sens à la maladie ([10] pp. 146–151). L'hypothèse de la diathèse était d'autant plus séduisante qu'elle pouvait rendre compte de la multiplicité des chéloïdes chez un même patient, de la fréquence des formes familiales et même de la prédominance « raciale ».

Delpech rapporte en effet qu'une prédisposition de la chéloïde chez les Noirs est signalée par Hebra, qui l'aurait apprise de chirurgiens américains [16]. Cela est plausible : en 1863, la photographie d'un esclave noir échappé d'une plantation de Floride, le dos zébré de cicatrices chéloïdes dues à des coups de fouet, appuyait le discours anti-esclavagiste des Nordistes (Fig. 11). La traduction française du traité de Kaposi parle quant à elle d'une prédisposition pour les « races éthiopiennes » en citant Von Tschudi, naturaliste, anthropologue et explorateur suisse [19]. En 1908, une des premières études comparatives des motifs de consultation dermatologique des Américains d'ascendance africaine ou européenne montre dix chéloïdes pour 2200 consultants noirs et une seule pour 2200 Blancs (0,45 vs 0,045 %) [27].

Dans l'atmosphère globalement raciste des siècles derniers, la prédominance des chéloïdes chez les sujets d'ascendance africaine est généralement acceptée d'emblée comme une caractéristique constitutionnelle, génétique. Brenizer formule en 1914 l'hypothèse du défaut, chez le Noir, d'une substance inhibitrice de la croissance, ce qui expliquerait une tendance à développer des chéloïdes sur des traumatismes qui n'auraient pas eu cette conséquence chez le Blanc ; il l'intègre dans ses fantasmes racistes, selon lesquels l'équilibre général de la croissance des tissus est « perversi » chez les Noirs, à l'origine entre autres de malformations congénitales plus fréquentes [28]. Jeanselme, plus finement, suggère une prédisposition génétique à « l'excès de cicatrisation » qui serait commune aux « hommes de couleur » en se contentant d'écrire à peu



Figure 11. Gordon (appelé aussi Peter), esclave échappé d'une plantation et engagé dans l'armée nordiste durant la guerre de sécession, durant son examen médical à Bâton Rouge en avril 1863.

de lignes de distance : « La cicatrization des plaies chez les hommes de couleur est en général très rapide, alors même que les règles de l'asepsie n'ont pu être appliquées dans toute leur rigueur. (...) Mais les cicatrices des plaies les plus insignifiantes deviennent souvent exubérantes et même chéloïdiennes (...). » [29]. Woringer est quant à lui impressionné par les tatouages rituels en Afrique : « Le tatouage en relief de certaines races noires est constitué par des chéloïdes produites volontairement en utilisant la prédisposition de la peau de nègre aux chéloïdes. Grâce à l'adresse de l'opérateur et par des moyens que nous ignorons encore, l'apparition des chéloïdes et leur évolution sont réglées de telle sorte qu'il en résulte des dessins avec des reliefs plus ou moins accusés d'une symétrie parfaite. Certaines races nègres du Congo portent ainsi sur leur poitrine ou au niveau du visage des ornements esthétiques qui servent en même temps de signes distinctifs pour leur tribu (Lespinne). Ces tatouages en relief ont la dureté d'un fibrome et leur examen histologique (Pautrier, Fr. Woringer et Esquier) montre une structure typique de chéloïde. » [20]. Le sujet ne suscite donc guère l'interrogation propre

aujourd'hui à tout débat « ethnomédical », qui est de déterminer si une différence dans la fréquence ou l'expression d'une maladie entre deux populations est plutôt liée à des facteurs constitutionnels (génétiques) ou environnementaux. Seul Fox, en 1882, ne semble pas privilégier a priori l'explication constitutionnelle ; mais rien n'indique que ce soit dans le souci d'échapper au racisme, puisqu'il dit des chéloïdes que : « Les Nègres y sont plus sujets que les Blancs. La cause de ce phénomène est inconnue. Peut-être dépend-il d'une particularité de la race, ou de ce fait que les Nègres sont plus sujets à être marqués par la vérole ; qu'ils portent très souvent des cicatrices, résultats d'abcès strumeux et de coups de fouet. » [30].

Hypothèses infectieuses

Jean Darier n'est pas favorable à la diathèse. Naviguant sur la vague pastoriennne qui bouleverse la médecine par la mise en évidence successive de nombreux agents infectieux responsables de tableaux morbides spécifiques – y compris dermatologiques ([10] pp. 37–74), il exprime sans détour ses convictions modernistes en 1918 : « On peut conclure de ces faits, ainsi que je l'ai fait remarquer, que le développement des chéloïdes n'est pas lié à une condition de terrain, à la diathèse scrofuleuse, ou fibro-plastique (?), comme on l'a dit, mais à une infection locale. Je suis prêt à croire, avec T. Fox, N. Hyde etc., que cette infection est, le plus souvent au moins, de nature tuberculeuse et que les chéloïdes, ou certaines chéloïdes tout au moins, sont des tuberculoses atténuées. » [31].

Le choix de la tuberculose n'est pas dû au hasard : plusieurs auteurs ont en effet remarqué que les adénopathies tuberculeuses fistulisées donnaient volontiers naissance à des cicatrices chéloïdiennes sur leur bordure (Fig. 12). Mais la nuance que Darier introduit dans son propos est un peu surprenante : si seulement « certaines » chéloïdes sont liées à l'infection tuberculeuse, alors il faut admettre soit que d'autres agent infectieux puissent être responsables du même tableau, soit que la tuberculose ne représente qu'une circonstance favorisant le développement chéloïdien, ce qui n'est pas parfaitement conforme à la logique dont il se réclame.

Dubreuilh, en revanche, adhère à la notion de « diathèse scrofuleuse » niée par Darier. Pour lui, « Les chéloïdes sont plus fréquentes (...) chez les individus entachés d'une tare tuberculeuse » [32]. C'est aussi le cas de Dühring (« On ne connaît pas de cause à la chéloïde spontanée, mais la chéloïde cicatricielle se développe chez les sujets scrofuleux. » [33]), de Gougerot et d'autres dermatologues célèbres, comme Woringer encore en 1936 (« Il est reconnu unanimement que les scrofuleux présentent un terrain favorable à l'apparition des chéloïdes. ») [20]. Le concept de diathèse scrofuleuse, dont Tilles a montré l'incohérence ([10] pp. 37–74), a sans doute été la principale tentative pour relier la chéloïde à un agent infectieux.

Chéloïde et cicatrice

La ressemblance clinique de la chéloïde avec une cicatrice est signalée par tous les premiers auteurs, à commencer par Retz et Alibert [1,2]. La cicatrice est d'abord un diagnostic différentiel. La chéloïde ressemble à une cicatrice,



Figure 12. Chéloïdes sur scrofuloderme. Moulage de Niclet, 1918, collection hôpital Saint-Louis, Paris.

la chéloïde peut laisser une cicatrice en régressant, mais la chéloïde n'est pas une cicatrice puisqu'elle est évolutive sur des périodes prolongées. Le dictionnaire des sciences médicales de Cazenave insiste bien : « Enfin, on ne prendra pas pour la keloïde certaines cicatrices qui présentent, il est vrai, un aspect analogue, et notamment quelques cicatrices de brûlure. À part cette analogie dans la forme, tout est différent, symptômes, marche, structure ; et d'ailleurs au besoin, la préexistence d'une plaie, d'une ulcération, quelle qu'elle ait été, suffira toujours pour les faire distinguer. Il faut s'être fait une idée bien peu exacte de la maladie, que cependant on décrivait, pour avoir confondu avec le résultat d'un travail de cicatrisation, avec un état complet, arrêté en un mot, une tumeur accidentelle qui présente, elle, un état tout à fait transitoire puisque cette même tumeur peut disparaître, et être remplacée alors par une cicatrice. Il n'y a donc aucun rapprochement à faire entre la keloïde et les diverses formes de cicatrice dont l'étude, peu avancée encore, offre d'ailleurs le plus grand intérêt. La keloïde offre pour caractère spécial de s'élever sur un point de la peau saine. » [34].

De diagnostic différentiel, la cicatrice devint cependant assez vite une circonstance déclenchante, d'abord facultative, puis obligatoire aux yeux de certains. Alibert (qui décrivait d'ailleurs en 1810 des chéloïdes précédées de nodules purulents et de croûtes chez son patient « nommé François-Barthélémi Coton ») [2], admit d'abord l'existence de deux sortes de chéloïdes : la chéloïde vraie, ou spontanée (*Kelodes genuina*) et la chéloïde fautive, ou cicatricielle (*Kelodes spuria*) (Fig. 13) [11]. La seconde apparut progressivement comme la plus fréquente aux yeux d'un nombre croissant d'auteurs, qui montrèrent même un certain scepticisme vis-à-vis de la notion de chéloïde spontanée. En 1904, Dubreuilh estimait que les boutons d'acné étaient « l'origine ordinaire des chéloïdes dites spontanées » [32]. Woringer écrivait en 1936 : « Toutefois, l'existence de ces chéloïdes spontanées est encore mise en doute par certains

auteurs qui pensent néanmoins à un traumatisme préalable, mais tellement minime qu'il a passé inaperçu, par exemple, une légère excoriation. » [20]. Pour lui, si la chéloïde spontanée existe, elle est de même nature que la chéloïde



Figure 13. « Chéloïde fautive » d'Alibert (cicatrice chéloïde) [11].

cicatricielle : « En tout cas, le sujet atteint d'une chéloïde dite spontanée est prédisposé à faire des chéloïdes acquises, sous forme de récurrence après excision de la chéloïde initiale ou encore à distance. ». Comme d'autres, Woringer a remarqué que le développement des chéloïdes pouvait débiter plusieurs mois, voire des années après les traumatismes responsables. L'extrême diversité de ces derniers est d'ailleurs soulignée par la plupart des auteurs : blessures, infections, égratignures, piqûres, brûlures, caustiques etc.

La situation nosographique se complique avec l'apparition d'une nouvelle catégorie, celle de la cicatrice hypertrophique. Hebra a largement développé la question des rapports entre chéloïde et cicatrice, notamment à l'aide de l'histologie [35] : pour cet auteur, le tissu chéloïdien caractéristique diffère entre la partie centrale de la chéloïde et sa bordure d'extension périphérique, mais dans tous les cas se distingue clairement du tissu cicatriciel : ce dernier est rencontré au-dessus et éventuellement autour du tissu chéloïdien lorsque la chéloïde s'est développée sur une cicatrice (ce qui la distingue de la chéloïde spontanée) ; mais il est seul présent dans les cicatrices hypertrophiques, qui ne représentent qu'une exagération de volume de la cicatrice normale. La conviction de l'auteur est manifeste, sa démonstration pas très convaincante. Avec la seule clinique, sans le secours de l'histologie, la distinction est encore plus difficile : « Au point de vue clinique, la kéloïde idiopathique et la kéloïde cicatricielle se présentent sous le même aspect que la cicatrice hypertrophique, et la distinction n'est absolument pas possible, ou du moins ne l'est que dans de rares circonstances. » [35]. Hebra expose néanmoins les arguments pour l'un ou l'autre des diagnostics. On en retient que la chéloïde sur cicatrice est comme une cicatrice hypertrophique qui finirait par débiter ses propres limites latérales sur la peau.

Alimentée par des arguments cliniques, évolutifs, histologiques et biologiques, la question d'une différence de nature entre cicatrice hypertrophique et cicatrice chéloïde, ou d'une simple différence d'intensité et de durée d'un même processus, a continué d'être débattue jusqu'aujourd'hui [36]. L'hétérogénéité histologique du tissu chéloïdien, l'involution possible des chéloïdes vers une cicatrice post-chéloïdienne en relief, la difficulté qu'il y a de définir a priori les limites de largeur d'une cicatrice (donc la notion de débordement de ses limites), la variabilité de l'évolution au sein d'une même cicatrice maintiennent le doute sur la réponse.

Extensions de l'usage du mot chéloïde au XIX^e siècle

L'usage du mot chéloïde a été étendu dans la littérature dermatologique du XIX^e siècle à deux entités particulières : la morphée, ou sclérodermie circonscrite, et les folliculites chéloïdiennes de la nuque.

La morphée : une paternité disputée

L'image de kéloïde du sein gauche qui figure dans un ouvrage de Cazenave publié en 1856 rappelle plus une morphée qu'une chéloïde [37] (Fig. 14). Il est possible que Cazenave

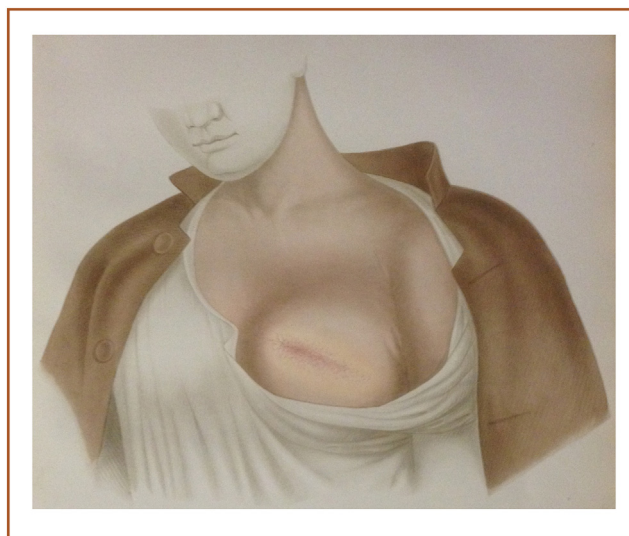


Figure 14. Chéloïde de l'Atlas de Cazenave en 1856 : probablement une morphée, ou « chéloïde blanche » [37].

ait déjà eu connaissance du travail de Thomas Addison, qui avait donné deux ans plus tôt une description précise de la morphée, y compris dans ses variétés profondes, en choisissant curieusement de l'appeler « vraie kéloïde », par opposition à la « kéloïde d'Alibert » [38]. D'autres auteurs se sont disputé la paternité de la description première de la morphée, toujours en utilisant le terme « chéloïde » mais assorti d'un complément permettant de la distinguer de la « chéloïde d'Alibert ». Erasmus Wilson écrivait en 1875 : « The second form of scleriosis, the chronic, or more expressively the circumscribed form, is the keloid of Addison, the disease which I have myself described and am about to illustrate under the name of morphea. In 1868 I published an analysis of twenty-five of these cases of morphea in my *Journal of Cutaneous Medicine*. » [39]. Ce à quoi Ernest Bazin répliquait, la même année : « Un médecin anglais, Erasmus Wilson, a cru en effet devoir faire revivre cette ancienne dénomination (morphée) pour l'appliquer à une dermatose que j'ai moi-même depuis longtemps fait connaître et décrite sous le nom de chéloïde blanche (...) le tableau qu'il en trace est de tout point conforme à celui que j'en ai donné moi-même. » [40]. Tilbury Fox, lui, avait affirmé dès 1869 : « The kelis of Addison is the morphea I have described. » [14]. Quant à Thomas Addison, dépressif, il s'était suicidé en 1860...

La folliculite chéloïdienne de la nuque : une affection mystérieuse

C'est Kaposi qui décrit, en 1869, la *Dermatitis papillomatosa capilliti* [41], une entité qui connaîtra plusieurs appellations comme celles de *Sycosis framboesiformis* (Hebra), *Folliculitis sclerotisans* (Ehrmann), acné chéloïdique (Bazin) ou acné chéloïdienne de la nuque. Cette dernière reste la dénomination favorite des auteurs anglophones dans sa version latine d'*Acne Keloidalis Nuchae*, bien que l'évolution chéloïdienne y soit facultative, que les glandes sébacées n'y soient pas particulièrement impliquées et qu'on n'y trouve pas de comédons. C'est une dénomination d'autant plus mal

choisie que d'authentiques chéloïdes se développent à partir de lésions d'acné : comme l'explique Darier, « les chéloïdes sus-acnéiques, disséminées sur le thorax et la figure, n'ont rien de commun avec l'affection appelée acné chéloïdienne de la nuque. » [42].

Cette affection est caractérisée par une atteinte quasi exclusive du sexe masculin et une préférence pour les sujets jeunes à cheveux crépus, notamment d'ascendance africaine ; elle s'observe occasionnellement sur d'autres types de chevelures. Les lésions se localisant à la partie occipitale basse du cuir chevelu et évoluent comme des folliculites subaiguës, déterminant des zones d'alopécie cicatricielle avec cheveux en touffes et de petites formations fibreuses papuleuses ou nodulaires qui ont tendance à confluer en barre horizontale, sans doute sous l'influence de contraintes mécaniques. Le caractère nodulaire exubérant, plus ou moins marqué, reste confiné à la nuque mais des folliculites alopeciantes peuvent coexister, sur le vertex notamment. Les gros nodules se creusent volontiers de cavités kystiques à contenu purulent et peuvent avoir une évolution chéloïdienne franche, marquée par une tendance aux récives et à l'aggravation après chirurgie.

Difficultés thérapeutiques

« Dans une maladie constituée par une tumeur, sans altération de la santé générale, on est habituellement tenté d'employer pour sa guérison les procédés chirurgicaux, et d'avoir recours à l'excision ou à la cautérisation de la plaque keloïdienne. Il faut bien se garder de cette pratique : l'expérience clinique a démontré de manière absolue que toute keloïde enlevée, soit par le bistouri, soit pas un caustique, récidivait et donnait lieu à une nouvelle tumeur plus étendue et plus saillante que la première. » [43]. Pour Hardy, comme pour presque tous les auteurs du XIX^e siècle, la chéloïde est un « noli me tangere », qui récidive en empiquant dès qu'on tente de l'extirper ou de la détruire : les agressions « réveillent le mal » et l'aggravent. Hebra souligne que ce pronostic défavorable concerne aussi bien la chéloïde spontanée que la chéloïde cicatricielle. Il prend acte des succès revendiqués par quelques médecins avec la cautérisation ou l'excision, mais avec un scepticisme teinté d'ironie qui reste d'actualité aujourd'hui. . . : « On ne saurait contester la possibilité de succès de ce genre quand on réfléchit que la keloïde peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, disparaître spontanément. Toutefois ces succès ainsi obtenus ne devraient être regardés comme tels qu'autant que le diagnostic de la keloïde aurait été préalablement bien établi, et, de plus, qu'on aurait l'occasion d'observer le malade ultérieurement, un grand nombre de mois après l'opération. Or, en général, on perd ces malades de vue. » [35].

Les traitements topiques s'avèrent généralement inefficaces aussi et, du côté des traitements internes, c'est la même déception unanime : arsenic, argent, huile de foie de morue, huile créosotée, iodure de potassium, ciguë, beurre d'antimoine etc. n'ont pas plus de succès. Pour Rayer [44], « Le plus souvent on abandonne ces tumeurs à elles-mêmes, à cause de leur peu de gravité et du peu de succès des moyens avec lesquels on les a combattues jusqu'à ce jour. ». Cet auteur est pourtant le premier à signaler

dès 1835 l'intérêt, aujourd'hui reconnu, de la compression : « lorsqu'elles reposent sur des parties du corps qui permettent d'exercer une compression assez forte et constante, sur le sternum par exemple, ce moyen me paraît préférable à tout autre. » [44]. Le procédé sera repris par Tilbury Fox [14], Wilson [12] et d'autres.

Les innovations apparues à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle s'accompagnent d'un regain d'agressivité thérapeutique contre la chéloïde ; elles sont amplement détaillées par Brocq [17]. Celui-ci continue de préconiser des applications d'emplâtres (notamment « emplâtre de Vigo »), comprenant ou non des proportions variées d'ichtyol, d'acide chrysophanique ou de résorcine. L'effet occlusif de ces emplâtres était peut-être le pendant des topiques siliconés actuels, mais les ingrédients ajoutés comportaient sans doute des risques d'irritation et de causticité. Des scarifications linéaires quadrillant la lésion, répétées toutes les semaines environ, représentent selon l'auteur le plus sûr traitement des douleurs liées à la chéloïde ; Brocq conseille de les combiner avec d'autres techniques comme l'électrolyse à l'aiguille, sans doute assez douloureuse aussi, et les emplâtres. Outre l'électrolyse, on connaît à l'époque de nombreuses variétés de traitement par l'électricité, qui aujourd'hui ont disparu ([45] pp. 99–108) ; Brocq rapporte des améliorations avec « les effluves de haute fréquence », d'autres avec des « étincelles d'électricité statique » [46] etc. Au chapitre médicamenteux, les injections sous-cutanées ou intraveineuses d'un mélange de thiosinamine et de salicylate de soude, distribué sous le nom de Fibrolysine® par la firme Merck, devaient être souvent répétées.

En 1921, la radiothérapie a déjà été essayée sur presque toutes les maladies de peau et les chéloïdes occupent une place de choix dans leurs indications [47]. Brocq perçoit les inconvénients et risques potentiels du procédé, et prédit que ses indications se restreindront dans le futur ([45] pp. 108–111). Il rapporte néanmoins qu'il a été conseillé de traiter les chéloïdes par exérèse chirurgicale suivie immédiatement d'une séance de radiothérapie, puis de deux autres à 15 jours d'intervalle [17]. Peut-être faut-il voir là le début d'une réhabilitation de la chirurgie dans le traitement des chéloïdes. De fait, à partir de la seconde moitié du XX^e siècle la très grande majorité des travaux sur la chéloïde sont publiés dans des revues de chirurgie plastique plutôt que de dermatologie. Une part conséquente de cette littérature est consacrée à des techniques d'excision (exérèse intrachéloïdienne, sutures sans tension etc.) ou de destruction (cryothérapie, cryothérapie intralésionnelles, caustiques, lasers etc.) qui prétendent limiter, voire supprimer le risque de récive.

Enfin, les années 1960 voient le développement de la corticothérapie ; les injections intralésionnelles de corticoïdes à effet retard deviennent rapidement le pivot de tout traitement de la chéloïde, soit en monothérapie soit en adjuvant de la chirurgie pour limiter le risque de récive. Leur effet n'étant que suspensif, ces injections doivent cependant être répétées.

Aujourd'hui, c'est surtout d'une meilleure connaissance des acteurs cellulaires et moléculaires de la fibrose et de la cicatrisation qu'on espère la mise au point de nouveaux traitements ciblant les mécanismes mis en jeu dans le développement chéloïdien.

Conclusion

À la charnière entre XVIII^e et XIX^e siècle, des médecins s'affranchissaient du poids des discours théoriques sur l'origine et le mécanisme des maladies pour construire, par la minutie de leurs observations cliniques, les bases d'une nosographie descriptive inspirée des méthodes de la science naturelle. L'étude des maladies de peau, directement accessibles à la vue, était un champ d'application privilégié de cette démarche nouvelle. Alibert en fut le précurseur à l'hôpital Saint-Louis, et la chéloïde sa première découverte. Un siècle plus tard, le luxe des premières descriptions cliniques, enrichi par le développement de l'imagerie et prolongé par celui de l'anatomie pathologique, était à l'origine d'un impressionnant corpus de connaissances médicales sur la chéloïde.

Parallèlement, le rapprochement entre le processus chéloïdien et celui de la cicatrisation cutanée devenait de plus en plus évident, soutenu par des observations cliniques, histologiques et biologiques, jusqu'à assimiler la chéloïde à une cicatrice pathologique. La dissection fine des mécanismes cellulaires et moléculaires de la cicatrisation est sans doute la meilleure piste pour élucider la physiopathologie des chéloïdes et ouvrir la voie vers des traitements plus efficaces. Mais en donnant à la chéloïde la signification exclusive d'un trouble de la cicatrisation, on affaiblit son statut ontologique d'entité autonome, dévalorisant le savoir anatomoclinique acquis antérieurement au risque de compromettre la qualité des soins médicaux [48].

Deux siècles après la découverte d'Alibert, la théorie physiopathologique a de nouveau pris le pas sur l'observation clinique. Cette évolution «à bascule» du regard médical sur la chéloïde nous semble refléter la tension entre théories physiopathologiques et observations cliniques, et leur difficile équilibre dans la pratique médicale.

Remerciements

Remerciements à mesdames Sylvie Dorison et Estelle Lambert pour leur aide à la recherche documentaire.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Retz. Des maladies de la peau et de celles de l'esprit (telles que les vapeurs, la mélancolie, la manie etc.), qui procèdent des affections du foie. Leur origine, la description de celles qui sont le moins connues, les traitements qui leur conviennent. 3^e ed. Paris: chez Méquignon, l'aîné; 1790. p. 155–8.
- [2] Alibert. Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, Tome premier. Paris: Charles Barrois; 1810. p. 418–30.
- [3] Alibert J-L. Quelques recherches sur la chéloïde. Mémoires de la Société médicale d'émulation, séant à l'école de médecine de Paris, 7^e Vol. Paris: Capelle et Renand; 1811. p. 744–52.
- [4] Omo-Dare P. Yoruban contributions to the literature on keloids. J Natl Med Assoc 1973;65:367–72.
- [5] Renaut L. La production artificielle de chéloïdes et les paradoxes de l'harmonisation du corps dans l'Antiquité. Nîmes, France: Colloque In-corporer; 2005.
- [6] Celse. De la médecine VII, 7, 15. In: Nisard M, editor. Celse, Vitruve, Censorin (œuvres complètes), Frontin (des aqueducs de Rome). Paris: J.J. Dubochet, Le Chevalier et Comp; 1846 [avec la traduction en français, accessible sur <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/celse/livre7.htm>].
- [7] Boulogne J, editor. Galien. Paris: Gallimard; 2009 [livre 4 rouleau 14 Chap 6].
- [8] <http://nadine-emmanuel.clause.pagesperso-orange.fr/famille/metman/retz.html> (dernier accès le 6 août 2015).
- [9] Tilles G. La vie et l'œuvre de Jean-Louis Alibert; 2007. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhd/ecrits/tilles2711.htm> (dernier accès le 30 mars 2015).
- [10] Tilles G. Dermatologie des XIX^e et XX^e siècles. Mutations et controverses. Paris: Springer Verlag; 2011.
- [11] Alibert J-L. Monographie des dermatoses ou précis théorique et pratique des maladies de la peau. Paris: chez le docteur Daynac; 1832. p. 465.
- [12] Wilson E. Diseases of the skin. A system of cutaneous medicine. 6th ed. Londres: John Churchurch & sons; 1867. p. 379–89.
- [13] Cazenave A, Schendel HE. Abrégé clinique des maladies de peau, d'après les auteurs les plus estimés, et surtout d'après les documents puisés dans les leçons cliniques de M. le Professeur Biétt, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2^e ed. Paris: Béchet Jeune; 1833. p. 508–12.
- [14] Tilbury Fox. Skin diseases: their description, pathology, diagnosis and treatment. 2th ed. Londres: Henri Renshaw; 1869. p. 274–7.
- [15] Hallopeau H, Leredde LE. Traité pratique de dermatologie. Paris: Baillière et fils; 1900. p. 853–61.
- [16] Delpech S. De la chéloïde et de son traitement. Paris: A. Parent (A. Davy, successeur); 1881 [49 p].
- [17] Brocq L. Précis-Atlas de pratique dermatologique. Paris: Gaston Doin; 1921. p. 1177–83.
- [18] Gaucher E. Leçons sur les maladies de la peau – faites à la faculté de médecine et à l'hôpital Saint-Louis. Paris: Octave Doin; 1898. p. 229–44.
- [19] Kaposi M. In: Besnier E, Doyon A, editors. Leçons sur les maladies de peau, Tome 2. Paris: Masson; 1881. p. 196–201.
- [20] Woringner F. Les chéloïdes. In: Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary, Clément S, editors. Nouvelle pratique dermatologique. Paris: Masson; 1936. p. 561–73.
- [21] Bux S, Madaree A. Keloids show regional distribution of proliferative and degenerate connective tissue elements. Cells Tissues Organs 2010;191:213–34.
- [22] Duchateau. Observation sur des tumeurs appelées cancroïdes. Journal de médecine, chirurgie, pharmacie etc. Paris: MM Corvisart, Leroux Boyer; Migneret et Méquignon; 1810. p. 243–51.
- [23] Liron A. Essai sur la chéloïde inguinale spontanée. Paris: Alexandre Coccoz; 1877 [41 p].
- [24] Duchesne-Duparc L-V. Traité pratique des dermatoses – classées d'après les méthodes naturelles - comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement – suivi d'un formulaire spécial. 2^e édition revue et augmentée d'une étude sur les eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau. Paris: Baillière et fils; 1862.
- [25] Guibout E. Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau—professées à l'hôpital Saint-Louis. Paris: G. Masson; 1879. p. 799–810.
- [26] Alibert J-L. Clinique de l'hôpital Saint-Louis, ou traité complet des maladies de la peau, les descriptions de ces maladies et leurs meilleurs modes de traitement. Paris: Cormon et Blanc; 1833. p. 211.
- [27] Fox H. Observations on skin diseases in the Negro. J Cutan Dis 1908;26:67–79.

- [28] Brenizer AG. Keloid formation in the negro. *Ann Surg* 1915;61:83–7.
- [29] Jeanselme E. *Cours de pathologie exotique*. Paris: Masson et Cie; 1904. p. 375–6.
- [30] Fox GH. *Iconographie photographique des maladies de la peau*. Paris: Baillièrre et fils; 1882. p. 61 [Traduction par le docteur Holman J.-B.].
- [31] Darier J. *Précis de dermatologie*. 2^e ed. Paris: Masson et Cie; 1918. p. 778–80.
- [32] Dubreuilh W. *Précis de dermatologie*. 2^e ed. Paris: Octave Doin; 1910 [revue et corrigée].
- [33] Dühring LA. *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris: G. Masson; 1883. p. 542–7.
- [34] Cazenave A, et al. *Dictionnaire de médecine, ou répertoire général des sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique*. Paris: Béchet Jeune; 1838. p. 339–42.
- [35] Hebra F. *Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, Tome second*. Paris: G. Masson; 1874. p. 277–310 [Traduit et annoté par le docteur A. Doyon].
- [36] Burd A, Huang L. Hypertrophic response and keloid diathesis: two very different forms of scar. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:150e–7e.
- [37] Cazenave P-LA. *Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'école de médecine de Paris*. Paris: Labe; 1856.
- [38] Addison T. On the keloid of Alibert, and on true keloid. *Med Chir Trans* 1854;37:27–47.
- [39] Wilson E. Lectures on dermatology, delivered in the royal college of surgeons of England, in 1874–1875. Londres: John Churchill and sons; 1875. p. 139.
- [40] Bazin. Morphée. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Tome 9*. Paris: P. Asselin et G. Masson; 1875. p. 486–7 [Directeur A. Dechambre].
- [41] Kaposi M. Über die sogenannte Framboesia und mehrere andere Arten von papillären Neubildungen der Haut. Mit 1 Tafel. *Arch Derm Syph* 1869;3:382–423.
- [42] Darier J. *Précis de dermatologie*. 4^e ed. Paris: Masson et Cie; 1928. p. 1001 [revue et augmentée].
- [43] Hardy A. *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*. Paris: J.-B. Baillièrre et fils; 1886. p. 135–43.
- [44] Rayer P. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau, avec un atlas in 4^e C, Tome troisième, 2^e ed*. Paris: J.B. Baillièrre; 1835. p. 667–74 [entièrement refondue].
- [45] Brocq L. *Précis-Atlas de pratique dermatologique*. Paris: Gaston Doin; 1921.
- [46] Anonyme. Traitement des chéloïdes par l'électricité statique. *Rev Int Electrother Radiother* 1899;9:338–9.
- [47] Wickham L, Degrais. *Radiumthérapie. Instrumentation, techniques, traitement des cancers, chéloïdes, naevi, lupus, prurit, névrodermites, eczémas. Applications gynécologiques*. Paris: J.-B. Baillièrre et fils; 1909.
- [48] Petit A. Chéloïdes: de l'offre de soins au vocabulaire. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:489–90.