

marche et des symptômes qui ne ressemblent en rien aux poussées d'érysipèle et d'angioleucite de l'éléphantiasis.

La *lèpre (éléphantiasis des Grecs)* siège à la face, aux extrémités supérieures; les tubercules, les ulcères de la lèpre apparaissent très-vite, de plus cette affection a une marche constante, n'offre pas de rémission pendant lesquelles les malades semblent jouir d'une santé parfaite; elle s'accompagne de phénomènes généraux sérieux et entraîne presque fatalement la mort.

La *sclérodémie* apparaît par plaques symétriques, sans phénomènes locaux inflammatoires très-marqués; enfin les parties atteintes s'atrophient, contrairement à ce qui a lieu dans l'éléphantiasis; aussi ne comprenons-nous pas qu'on puisse la confondre avec cette affection (Rasmussen, Barallier).

Ajoutons que sous le même nom d'éléphantiasis, Virchow décrit un certain nombre de difformités *congénitales* caractérisées par le développement hyperplasique des os, des muscles, des vaisseaux et parfois des lymphatiques. L'origine congénitale suffit pour faire distinguer ces lésions de celles de l'éléphantiasis des Arabes.

*Pronostic.* — En général, il est assez sérieux, vu la difficulté de remédier à cette affection et la gravité des opérations qui ont été proposées pour la guérir.

*Traitement.* — A la première période on a utilisé les antiphlogistiques, les émoullients, la position élevée de la partie malade, la compression méthodique, enfin l'émigration. Plus tard, il faut recourir aux bains alcalins ou sulfureux, aux douches de vapeur, aux frictions résolutes, au massage et à la compression.

Comme traitement général, on a prescrit : le mercure (Larrey), les préparations iodées (médecins anglais), l'arsenic.

Les moyens chirurgicaux sont : 1° l'amputation, 2° l'extirpation de la tumeur, 3° la ligature des artères, 4° leur compression.

1° *L'amputation* n'est indiquée que lorsque le membre malade, présentant un volume exceptionnel, des ulcères profonds, gêne les principales fonctions et amène un état anémique prononcé;

2° *L'extirpation* des tumeurs qui siègent aux organes génitaux externes sera examinée plus loin (voyez *l'éléphantiasis du scrotum et des grandes lèvres*);

3° La *ligature des artères* a été proposée par les Américains pour guérir l'éléphantiasis des membres inférieurs; elle a donné de bons résultats, mais sa valeur a été exagérée (Carnochan, Erichsen, Bryant, A. Richard);

4° La *compression digitale* de l'artère, combinée à la compression méthodique préalable du membre malade, a donné un succès à Vanzetti (de Padoue). Cette méthode a en partie échoué entre les mains du professeur Gosselin.

*BIBLIOGRAPHIE.* — Hillary, *Obs. on the change of air, and... disease of the Island of Barbadoes*, Lond., 1766. — J. Hendy, *Treat. of the gland. disease of Barbadoes*, Lond., 1784. — J. D. Larrey, *Rel. chir. de l'expéd. d'Égypte*, Paris, 1803. — Alard, *De l'infl. des vaiss. abs., etc.*, Paris, 1824. — Rayet, *Traité des mal. de la peau*, t. II, p. 827, Paris, 1827. — Clotbey, *Sur l'éléph. des Arabes*, in *Gaz. des hôp.*, 1834, p. 317. — Al. Cazenave, *Éléph. des Arabes*, in *Dict.* en 30 vol., t. XI, p. 280, 1835 (Bibliogr.). — Rego, *Sur l'éléphantiasis*, in *Gaz. des hôp.*, 1843, p. 412. — F. Pruner, *Die Krankh. des Orient*, Erlang., 1847. — Gillin, *Obs. et réfl. pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis*, th. de Montpellier, 1849, n° 30. — Duchassaing, *É. sur l'éléph. des Arabes, etc.*, in *Arch. génér. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. IV, p. 412 et 706, 1854, et t. V, p. 52, 1855. — Vulpian, *Note sur l'an. path. de l'éléph. des Arabes*, in *Mém. de la Société de biol.*, t. III, p. 309, 1856. — R. Frankel, *Die Arabum éléphantiasi, etc.*, in *Dissert. Vralesl.*, 1857. — C. F. Hecker, *Die éléphant. oder Lepra arabica*, Lahr., 1858. — Bazin, *Leçons théor. et clin. sur les aff. cutanées artif. et les difformités de la peau*, p. 455, 1862. — Cl. Hirsch, *Handb. d. historisch. geogr. Patholog.*, Bd II, s. 476. Erl., 1862-64. — O. Weber, *Éléphantiasis*, in *Handb. d. allg. u. spec. chirg.* v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. 2, L. I, s. 23, Erl. 1865 (Bibliogr.). — R. Virchow, *Éléphantiasis*, in *Pathol. des tumeurs* (trad. franç.), t. I, p. 293, 1867. — A. H. Mohamed Aly bey, *De l'éléph. des Arabes*, th. de Paris, 1869, n° 134. — A. Barallier (de Toulon), *Éléphantiasis*, in *Nouv. Dict. de médecine et de chir. prat.*, t. XII, p. 563, 1870 (Bibliogr.).

#### § 4. — Hypertrophies épidermiques et papillaires. — Papillômes cutanés.

Nous étudierons ici : les *durillons*, les *cors*, les *cornes*, les *verrues* et les *condylômes*.

A. — Durillons.

Ils résultent de l'accumulation des cellules épidermiques dans les points soumis à des frottements ou à des pressions répétées.

Une coupe du durillon et de la peau sous-jacente montre que celui-ci est formé de couches d'épiderme superposées et serrées (Follin). Les papilles sont légèrement aplaties et élargies, les conduits des glandes ou des poils qui pénètrent l'épiderme peuvent être conservés (Simon). Quant au derme, il est normal ou épaissi, quelquefois une bourse séreuse accidentelle existe au-dessous de lui.

Les durillons siègent surtout à la plante du pied, sur les parties soumises normalement à une pression continue. Aux mains, les durillons sont fréquents chez les artisans et leur position offre une importance capitale en médecine légale.

Le durillon forme une tumeur arrondie, mobile, de couleur jaunâtre, pouvant se gonfler beaucoup sous l'influence de l'humidité.

Ajoutons que les parties sous-jacentes aux durillons s'enflamment souvent à la suite de chocs, de frottements plus considérables que normalement; c'est ce qu'on appelle vulgairement le *Durillon forcé*. Par suite de la difficulté que le pus trouve à se créer une voie à l'extérieur, cette inflammation est l'origine fréquente de la plupart des lésions inflammatoires des mains et des doigts (voyez *Panaris*). Développé aux extrémités inférieures, le durillon a été nommé *Tylosis calleux* (Bazin).

B. — Cors. — Tylosis gômpeux (Alibert, Bazin).

Cette affection consiste en un épaissement circonscrit de l'épiderme avec noyau central dur, qui pénètre en pointe dans le derme (Follin, Heurtaux).

*Anatomie pathologique.* — On a comparé la disposition du cor à celle d'un clou dont la tête s'étale à la surface du derme et est constituée par l'épaississement de l'épiderme, tandis que la pointe ou racine pénètre dans le derme et peut arriver à le perforer. Cette partie profonde est formée de couches épithéliales cornées très-serrées et offrant une disposition telle que la stratification des couches est oblique ou même perpendiculaire à l'axe du noyau constituant la racine; elles sont donc disposées d'une façon concentrique (Lebert).

Pour Förster, le cône central du cor ne résulterait pas du simple épaissement des couches stratifiées superficielles, mais bien de l'augmentation des couches épithéliales tapissant le conduit excréteur d'une glande sudoripare.

On a signalé deux et trois racines distinctes dans un même cor (Heurtaux).

Les papilles du derme qui correspondent à la tête du cor sont souvent hypertrophiées; au contraire, celles qui répondent à la racine sont détruites. Le derme est aminci, quelquefois perforé au niveau de la racine du cor; souvent il est congestionné et donne lieu à de petites hémorragies qui infiltrent et colorent les couches épidermiques (Ruckert).

Enfin, au-dessous du derme, il est fréquent de rencontrer de petites bourses séreuses et une hyperplasie du tissu conjonctif des

nerfs, ce qui peut expliquer les douleurs vives que ressentent parfois les malades.

*Symptômes.* — L'épiderme épaissi forme une couche blanchâtre unie et dense, présentant à son centre un point saillant dur, translucide, qui répond à la racine (Heurtaux). Les cors situés entre les orteils sont plus mous; à bords renflés, leur noyau central est excavé (Follin). Cette disposition, qui leur a fait donner des noms spéciaux (*œil de perdrix*), tient à ce que l'épiderme est ramolli, gonflé par suite de l'humidité des parties.

Parfois les cors sont indolents; cependant, lorsque les couches épithéliales de la tête du cor sont épaissies, qu'elles sont gonflées par l'humidité, il en résulte une douleur qui peut être très-violente.

La peau des parties voisines peut s'enflammer et même suppurer, ce qui donne lieu à des accidents locaux très-dououreux et quelquefois à une élimination de toute la masse épithéliale, d'où la guérison du cor. Dans d'autres cas, c'est le tissu cellulaire sous-cutané ou la bourse séreuse accidentelle qui suppurent.

Souvent ces accidents inflammatoires résultent d'une intervention intempestive, en particulier d'une résection trop profonde des lamelles épidermiques qui constituent la tête du cor.

*Étiologie.* — Les cors s'observent aux pieds, chez les personnes qui ont porté des chaussures trop étroites ou trop larges, amenant, par conséquent, soit une compression anormale, soit des frottements excessifs.

Ils sont plus fréquents au cinquième orteil, à la face dorsale des articulations des phalanges et à leur face palmaire, entre les orteils, enfin, on en observe à la plante du pied et au talon.

Les difformités des orteils favorisent leur développement.

*Traitement.* — Des souliers souples et spéciaux; l'application d'emplâtres de diachylon superposés dont l'un est fenêtré au niveau du cor (Peyrille), un anneau de caoutchouc offrant une fenêtre pour loger la production épidermique (Galante): tels sont les moyens utilisés comme palliatifs et même comme curatifs.

Nous ne parlerons pas des emplâtres, des onguents de toutes sortes préconisés contre cette lésion si commune. Les traitements les plus efficaces sont:

1° *L'excision*, qui doit être faite prudemment et renouvelée de temps en temps.

tout  
soie  
L  
tabl  
ont  
leur  
prés  
O  
cha  
enfi  
L  
d'a  
infl  
infl  
d'ai  
ma  
S  
ass  
pan  
ren  
fect

fla  
pré  
cor  
des  
mé

sur  
suc  
con  
sor  
spe  
ver

sit  
rul

2° La *rugination* ; elle ne peut se faire qu'après avoir ramolli le cor dans l'eau tiède.

3° L'*extirpation*, soit avec l'ongle ou un couteau mousse, soit à l'aide d'un poinçon carré et d'une aiguille aplatie à pointe mousse (Dudon).

4° La *cautérisation* ; elle doit être faible et répétée ; on a préconisé la potasse caustique (Follin), l'acide acétique cristallisable (Heurtaux).

Quelquefois enfin on a pratiqué des amputations (Boyer, Liston), ou bien on a dû remédier aux vices de conformation des orteils par la ténotomie (Follin).

BIBLIOGRAPHIE. — Fournier, *Cor*, in *Dict. des sc. méd.*, t. VI, p. 325, 1813. — Bégin, *Cor*, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. V, p. 495, 1830. — Lagneau, *Cor*, in *Dict. en 30 vol.*, t. IX, p. 52, 1835. — Ruckert, *De clavo nonnulla*, Berol., 1846. — Jolieu, *Des tum. chirurg. de la peau*, th. de Paris, 1855, n° 270. — Gorju, *Obs. de mal. de la peau de la plante des pieds*, ibid., 1857, n° 277. — Bazin, *Leçons sur les aff. cutanées artificielles*, p. 49, 1862. — O. Weber, *Schwielen, Hühneraugen, etc.*, in *Handb. d. allg. und spec. Chir.*, v. Pithau. Billroth, Bd. II, A. 2; L. I, s. 37, Erl. 1865. — A. Heurtaux, *Cor*, in *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IX, p. 437, 1868. (Bibliogr.). — Consulter en outre les *classiques* et les divers traités sur les *affections cutanées*.

C. — Productions cornées. — Cornes.

On peut observer à la surface de la peau et de quelques muqueuses, des productions dures, cornées, ressemblant soit au tissu des ongles (*plaques cornées*), soit aux cornes de certains animaux (*cornes*).

Ces productions, plus fréquentes à la tête que partout ailleurs, se voient encore à la face interne des cuisses, au tronc, au siège, aux membres, enfin sur les muqueuses conjonctivale, linguale, et sur celle du prépuce et du gland.

Les cornes sont fréquemment solitaires, d'autres fois on en trouve un très-grand nombre sur le même individu (Ingrassias, Fabrice de Hilden, Saint-Georges Asch, Heschl). Leur longueur est souvent de trois à quatre centimètres ; on en a observé, toutefois, qui avaient jusqu'à trente centimètres (Dumonceau). Habituellement coniques, beaucoup plus rarement bifurquées et rameuses, les cornes sont jaunâtres ou brunes surtout au sommet ; elles sont lisses ou raboteuses et comme formées par l'addition de zones nouvelles ; l'épiderme les recouvre jusqu'à des hauteurs variables. Elles offrent

une dureté plus grande au sommet qu'à la base, à la circonférence qu'au centre, où se trouve parfois une matière sébacée, demi-fluide et fétide.

Ces productions cornées sont constituées de la même façon que les tissus analogues des animaux et ne renferment que des cellules d'épithélium pavimenteux, sèches, feuilletées, soudées entre elles et dépourvues, pour la plupart, de noyaux (Heurtaux). Pour Ch. Robin, les cellules épithéliales sont disposées en filaments correspondant aux stries de la production cornée et en rapport avec autant de papilles cutanées hypertrophiées.

En effet, aux points où les productions cornées adhèrent à la peau, existent des papilles hypertrophiées ; parfois le derme et les tissus sous-jacents sont enflammés et les cornes peuvent sembler adhérer aux plans osseux sous-cutanés.

Leur composition chimique se rapprocherait des prolongements frontaux des animaux (Landouzy).

Abandonnées à elles-mêmes, ces productions croissent lentement, mais d'une façon continue ; elles finissent par gêner beaucoup par suite de leur longueur et surtout des chocs, des tiraillements auxquels elles sont incessamment exposées. Ces traumatismes agissent surtout sur la base de la production cornée et y font naître des phénomènes inflammatoires et douloureux ; il peut même s'y développer des abcès qui, ulcérant les parties, déterminent parfois la chute de la corne.

En général, cette chute spontanée est rare, et le plus souvent alors elles se reproduisent.

Il faut dire, enfin, que les ulcérations qui succèdent à la chute provoquée ou non des productions cornées, peuvent devenir des ulcères épithéliaux (Boyer, Denucé, etc.). Nous avons enlevé un canéroïde de la paupière supérieure développé à la base d'implantation d'une corne.

Les productions cornées s'observent surtout chez les sujets âgés, toutefois on en a vu de congénitales (*Comp. de chirurgie*). Les deux sexes y seraient également prédisposés, cependant des cornes multiples auraient été plus souvent signalées chez les jeunes filles (Heurtaux). Parmi les causes occasionnelles, on peut citer les plaies, les cicatrices, l'existence de kystes sébacés ; on a vu des cornes faire saillie de l'intérieur de loupes (Courtois). Dans un certain nombre de cas, et surtout pour les productions multiples, l'hérédité joue un rôle incontestable (Heurtaux).

**Traitement.** — Le seul moyen rationnel est l'*extirpation* : on enlève en même temps la corne et la partie des téguments qui la supporte. On peut ensuite réunir la plaie par première intention (Follin).

La *cautérisation* de la base de la production anormale est une méthode longue et souvent insuffisante (Morand).

Quel que soit le procédé employé, on a signalé la possibilité des récidives (Boyer), et dans quelques cas la plaie qui résulte de l'action chirurgicale peut prendre les caractères d'un ulcère cancéroïdal, comme nous l'avons observé.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Ingrassias, *De tumore præternat.*, t. I, p. 336, 1553. — Fabrice de Hilden, *Centuria II*, obs. 25; Ed. Francf.-s.-le-Mein, 1646. — Frank de Frankneau, *Tract. philologico. medicus de cornutis*, Heidelberg, 1678. — Saint-Georges Ash, *Transact. philosop.*, n° 176, p. 1202, 1685. — Conrad Zachmanns, *Commer. litter.*, t. I, p. 97, Wittemb., 1736. — Dumonceau, *Obs. sur des cornes survenues aux cuisses, etc.*, in *Journal de Vandermonde*, t. XIV, p. 145, 1761. — Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. 65, t. IV, p. 305, 1767. — Vicq d'Azyr, *Histoire de la Société royale de médecine*, p. 295, 1777-1778. — Dauxais, *Des cornes*, thèse de Paris, 1820, n° 253. — Dublanc, *Analyse de cornes humaines*, in *Journal de pharmacie*, t. XVI, p. 151, 1830. — Alibert, *Traité complet des maladies de la peau*, p. 354, Paris, 1833. — G. Breschet, *Dictionnaire en 30 vol.*, art. PROD. CORNÉES, t. IX, p. 113, 1835. — Rayet, *Traité théor. et prat. des mal. de la peau*, 2<sup>e</sup> éd., t. III, p. 640, Paris, 1835. — Simon, *Die Haut Krankheiten, etc.*, s. 226, Berlin, 1851. — Lebert, *Traité d'an. path. génér. et spéc.*, t. I, p. 130, 1857. — Heschl (de Cracovie), *Die Hauthörner*, in *Ersterr. Zeitsch., f. prat. Heilkunde*, Bd. V, s. 4, 1859. — Bazin, *Leçons sur les aff. cutanées artificielles*, p. 441, Paris, 1862. — Demarquay, *Tableau des princip. obs. de prod. cornées*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 2<sup>e</sup> série, t. III, p. 552, 1862. — A. Eloffe, *Histoire nat. des cornes*, Paris, 1866. — A. Heurtaux, *Corne (production cornée)*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, t. IX, p. 468, 1868 (Bibliog.).

D. — Hypertrophies papillaires proprement dites. — Verrues.

Les *verruës*, types des papillômes cutanés, constituent de petites excroissances brunâtres, dures, mobiles et à surface lisse ou granulée (Follin, Bazin, etc.).

On a cherché à en distinguer un certain nombre de variétés; en effet, quelques-unes sont pédiculées et molles, tandis que d'autres sont dures, aplaties, chagrinées, à surface crevassée; aux premières on a réservé le nom de *Verrues proprement dites* et aux secondes le nom de *Poireaux*.

Alibert confondait la verrue ordinaire avec le poireau, mais il en

distinguaît : la *verruë acrochordon*, pourvue d'un pédicule; la *verruë cicéronienne*, du volume d'un pois chiche et offrant des poils à sa surface, etc. (Bazin). Follin en distingue trois formes selon qu'elles sont *coniques*, *filiformes* ou *aplaties*.

Ces productions papillaires, fréquentes chez les enfants ou les jeunes gens, sont solitaires ou multiples, et parfois réunies en plaques rugueuses et d'aspect corné.

On les rencontre surtout au dos des mains, aux doigts, au visage, au cou, au dos, parfois aux pieds, au talon en particulier.

Leur *étiologie* est fort peu connue; il paraît toutefois probable qu'elles résultent d'irritations fréquentes, répétées, des parties sur lesquelles elles se développent. Leur contagion doit être niée, mais on peut admettre qu'elles sont héréditaires (Bazin).

Nous n'avons pas à insister ici sur leur structure, qui est celle des *papillômes* (1) revêtus d'un épithélium corné (*Papillômes cornés* de Cornil et Ranvier). Si l'enveloppe épithéliale est épaisse et commune à toutes les papilles hypertrophiées, la verrue est lisse; dans le cas contraire, elle est fendillée comme le velours. Lorsque les verrues sont pédiculées, c'est que l'hypertrophie des papilles ne s'est faite qu'à leur sommet (Follin).

Arrivées à un certain développement, les verrues restent stationnaires et persistent fort longtemps, produisant une difformité légère et donnant lieu parfois à une gêne fonctionnelle notable, surtout lorsqu'elles sont situées à la face palmaire des doigts ou de la main, ou bien à la plante du pied, au talon, etc.

On a dit que les verrues désignées sous le nom de poireaux disparaissaient spontanément, ce qui d'ailleurs n'est pas très-fréquent.

Les contusions, les plaies qui intéressent les verrues sont assez douloureuses et peuvent donner lieu à un écoulement sanguin notable, fait qui tient à la vascularisation de ces papillômes.

**Traitement.** — Les *caustiques*, comme l'azotate d'argent, l'acide azotique, l'acide chromique, l'azotate acide de mercure, l'acide acétique cristallisable, détruisent facilement les verrues. Le suc des euphorbes, de la grande chélidoine, agirait de la même manière.

La *ligature* est utilisable lorsque les papillômes cutanés sont pédiculés.

Enfin l'*excision* combinée à la cautérisation est un dernier moyen qui réussit toujours.

Il n'est pas besoin d'ajouter que le traitement des verrues doit

(1) Voy. p. 280 et suiv.

être surveillé par le médecin, pour ne pas donner naissance à des phénomènes inflammatoires parfois très-graves.

BIBLIOGRAPHIE. — L.-V. Lagneau, *Verrue*, in *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXX, p. 662, 1846. — Kramer, *U. condylome u. Warzen*, Gott., 1847. — Virchow, *Ueber Kankroide und Papillargeschwülste*, in *Verhandlungen der phy. med. Gesellschaft*, in Würzburg, vol. I, p. 106, 1850. — Verneuil, *Observations pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau*, in *Arch. gén. méd.*, t. I, p. 555, et t. II, p. 447 et 693, 1854. — Jolieu, *Des tumeurs chirurgicales de la peau*, thèse de Paris, 1855, n° 270. — Bazin, *Leçons sur les aff. cutanées artificielles, etc.*, p. 441, 1862. — O. Weber, *Warzen*, in *Handb. d. allg. u. speceill. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 44, Erl., 1865. — Billroth, *Papillômes cornés*, in *Path. chir. gén.* (tr. fr.), p. 726, 1868. — Consulter, en outre, les classiques et la bibliographie des *Papillômes*.

E. — Condylômes.

Ce sont des productions papillaires (*papillômes*), analogues aux verrues, prenant naissance surtout dans les régions où la peau se confond avec les muqueuses (gland, prépuce, anus, vulve, etc.). Les auteurs les désignent encore sous les noms de *Végétations*, *Choux-fleurs*, etc.

On distingue deux sortes de condylômes : les uns *plats* (*pustules plates*, *tubercules plats*); les autres *pointus* (Follin, Virchow). Ces derniers se rapportent surtout aux tumeurs appelées *végétations* ou *choux-fleurs*, tandis que les premiers seraient des tumeurs syphilitiques (Virchow, *Rindfleisch*). Toujours est-il que ces productions ont été regardées longtemps comme des manifestations syphilitiques, fait inacceptable aujourd'hui; cependant, Bazin les considère encore comme le résultat de l'action locale du pus syphilitique (?).

Diday, Follin, pensent que les condylômes peuvent succéder à des irritations quelconques, parmi lesquelles il faut citer surtout : le pus blennorrhagique, celui des plaques muqueuses, les sécrétions muqueuses des femmes enceintes, etc.

Ces tumeurs, à base sessile ou pédiculée, présentent des mamelons séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds. Elles sont parfois très-douleuruses au moindre contact, et saignent le plus ordinairement avec une grande facilité.

Lorsqu'elles siègent aux orifices naturels, et en particulier vers l'anüs ou aux organes génitaux (vulve, prépuce), elles donnent lieu à des phénomènes fonctionnels plus ou moins gênants que nous ne faisons que signaler ici.

Leur *diagnostic* est facile et leur *pronostic* peu grave.

Le *traitement* consiste à les *enlever* avec l'instrument tranchant,

ou bien à les *cautériser* avec l'acide azotique, l'azotate acide de mercure, l'acide chromique, etc. Il faut noter que ces deux derniers caustiques peuvent déterminer des accidents d'intoxication, aussi faut-il ne les utiliser qu'avec prudence.

Souvent on combine l'excision à la cautérisation.

BIBLIOGRAPHIE. — Boys de Lury et Costilhes, *Rem. prat. sur les végét. chez la femme*, in *Gaz. méd.*, p. 314, 1847. — Thibierge, *Des végétat. qui se dév. sur les parties génit., etc.*, in *Arch. gén. de médecine*, 1856, vol. I, p. 573. — Follin, *Traité élém. de path. externe*, t. I, p. 652, 1861. — O. Weber, *Condylômes*, in *Handb. d. allg. und speceill. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. I, s. 45, Erlangen, 1865. — R. Virchow, *Pathol. des tumeurs*, vol. I, p. 652 (trad. franç.), 1867. — Voir aussi la bibliographie des *Papillômes*.

### § 5. — Hypertrophies glandulaires de la peau. — Adénômes.

Nous ne nous occuperons ici que des hypertrophies des glandes cutanées pouvant nécessiter une intervention chirurgicale. Ces lésions peuvent atteindre les glandes sudoripares et les glandes sébacées.

A. — Hypertrophie des glandes sudoripares (Follin).

Adénômes sudoripares (Verneuil).

Cette affection, signalée par Simon et Fuhrer (d'Iéna), a été bien décrite par le professeur Verneuil.

*Anatomie pathologique.* — On décrit trois formes ou variétés de ces tumeurs (Jourdan) :

1° *L'hypertrophie kystique*, résultant de la dilatation des tubes sudoripares et de la production d'un liquide dans leur cavité. D'après le professeur Verneuil, l'adénôme kystique se produit à la suite d'étranglements multiples nés sur la longueur d'un tube glandulaire; aussi les kystes affectent-ils la forme de grains de chapelet.

La paroi kystique épaisse, résistante même, est tapissée à sa face interne par un épithélium pavimenteux à petites cellules. Le liquide contenu est filant, jaunâtre, comparable à de la sérosité.

2° *L'hypertrophie générale simple*, formée par la dilatation des tubes, l'apparition d'éléments glanduleux nouveaux et une production anormale de l'épithélium des canaux sudorifères.

L'axe principal de la glande, d'ailleurs hypertrophié, donne naissance à des tubes secondaires, qui à leur tour offrent des culs-de-sac tertiaires. On trouve de plus des culs-de-sac libres (Ver-

neuil). Quant à l'épithélium, les cellules sont elliptiques et leur grand axe est perpendiculaire à la paroi; il en résulte une tendance à l'effacement de la cavité du conduit sudoripare.

3<sup>e</sup> L'hypertrophie générale avec infiltration de cellules d'épiderme cutané dans les tissus voisins; celle-ci résulterait de la rupture des tubes hypertrophiés et remplis de cellules présentant même quelquefois des globes épidermiques (Verneuil, Christot). Nous avouons que cette dernière forme de l'adénome sudoripare ne nous paraît autre qu'un épithélium lobulé né des glandes sudoripares (Cornil et Ranvier).

Lücke divise les adénomes sudoripares en deux classes selon qu'ils sont enkystés (forme *encapsulée*) ou diffus; dans ce dernier cas, ils auraient une grande tendance à se transformer en épithéliome.

*Symptômes.* — D'abord peu remarquée, à moins qu'elle ne siège sur des parties découvertes, la petite tumeur formée par la glande malade est mobile, point douloureuse et fait corps avec la peau, qui reste intacte à son niveau. Dans cet état, l'adénome ne nécessite nulle intervention du chirurgien, mais il peut s'accroître et même s'ulcérer.

Lorsqu'elle augmente, la tumeur glandulaire forme une saillie arrondie ou disposée en plaque, divisée parfois en lobules. Elle est adhérente à la peau et mobile sur les parties profondes, les téguments sont distendus et restent normaux pendant longtemps. Toutefois, soit par suite des progrès du mal, soit après un traumatisme, ou bien encore sous l'influence de l'inflammation, la peau s'altère et il se produit une ulcération laissant écouler un liquide sanieux et fétide. Les bords de l'ulcère sont rouges, vasculaires, adhérents.

La tumeur, qui peut atteindre le volume d'une tête de fœtus, est le siège de douleurs peu intenses et souvent passagères. L'état général reste bon, sauf lors d'ulcérations fournissant une grande quantité de pus ichoreux; dans ce cas, les malades peuvent être pris de fièvre hectique et succomber.

L'adénome kystique est caractérisé par la production de petites élevures molles, flasques, sessiles ou pédiculées, de un à trois millimètres de diamètre. Follin a observé un cas où la tumeur avait le volume d'une grosse amande. Les téguments sont normaux, les douleurs nulles.

On les a observés surtout au cou, aux épaules, au dos (Verneuil). Cette forme aurait une certaine tendance à l'ulcération (Lücke).

La marche de ces productions est très-lente, sauf les cas où elles

s'ulcèrent, ou bien lorsqu'on vient à les irriter par des applications caustiques insuffisantes.

*Diagnostic.* — Le carcinôme cutané se distingue de l'adénome sudoripare par sa marche rapide, envahissante, et par sa généralisation avec cachexie.

L'épithéliome est beaucoup plus difficile à séparer nettement de la maladie qui nous occupe ici; toutefois, son siège aux orifices naturels, l'engorgement rapide des ganglions lymphatiques, l'ulcération avec végétations papilliformes, ont été signalés comme des caractères distinctifs importants (Verneuil).

Nous ajouterons cependant que certains adénomes sudoripares ont une marche d'autant plus analogue à celle des cancéroïdes cutanés, qu'on ne peut les en distinguer au point de vue anatomique.

*Pronostic.* — Il est peu grave, sauf dans les cas où la tumeur s'ulcère et s'accroît avec rapidité. On a alors affaire à une transformation de l'adénome en épithéliome, ce qui explique les récidives observées après l'ablation de la tumeur.

*Étiologie.* — Ces productions peuvent apparaître à tous les âges, quelques-unes même seraient congénitales (Christot, Lotzbeck). Leur siège est très-variable, cependant elles sont plus fréquentes au visage. Quant à leur cause déterminante, elle est inconnue. Les verrues irritées, écorchées, leur donnent souvent naissance.

*Traitement.* — Il est essentiellement chirurgical.

La cautérisation a été utilisée un certain nombre de fois, mais il faut qu'elle soit énergique et que la tumeur ne soit pas très-volumineuse.

La *galvano-caustique* est conseillée par Verneuil.

Enfin, l'*extirpation* par l'instrument tranchant est ce qu'il y a de plus convenable.

*BIBLIOGRAPHIE.* — A. Verneuil, *Mém. sur quelques mal. des gl. sudoripares*, in *Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. IV, p. 461, 1854. — F. Broca, *Polyadénomes*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 500, Paris, 1869. — J.-A. Jourdan, *Essai sur l'adénome sudoripare*, th. de Paris, 1872, n<sup>o</sup> 72. Consulter en outre la bibliographie des Adénomes.

B. — Hypertrophie des glandes sébacées. — Kystes sébacés.

Cette hypertrophie a reçu les divers noms de *comédons*, *tannes*, *loupes*, etc., selon le développement qu'elle a acquis (Follin).

Les comédons et les tannes, paraissant dus à la rétention de la matière sébacée, appartiennent plus spécialement à l'étude des maladies de la peau; on leur a encore donné le nom d'*Acné punctata*, de *Varus comedo* (Alibert).

Quoi qu'il en soit, ces petites tumeurs ont assez peu d'importance pour les chirurgiens; notons seulement que, dans quelques cas, le produit sébacé, au lieu de se ramollir, prend une consistance crayeuse ou pierreuse due au dépôt de sels calcaires dans son intérieur. De là l'apparition de petites tumeurs calcifiées, sortes d'*ostéoides* (Follin), dont l'existence n'est pas très-rare (Wilckens).

Nous ne nous occuperons guère ici que des *loupes* ou mieux des *kystes sébacés*.

#### 1° Kystes sébacés.

Ils appartiennent à la classe des kystes par rétention du professeur Broca.

*Anatomie pathologique.* — Les kystes sébacés, qui, à la tête, ont plus spécialement reçu le nom de *loupes*, forment des tumeurs plus ou moins volumineuses pouvant acquérir les dimensions d'une noix de coco (A. Cooper), d'une tête d'enfant (Lebert). Ces tumeurs présentent une consistance variable; tantôt elles sont dures et résistantes, d'autres fois elles sont molles et même fluctuantes, ce qui tient à la nature de leur contenu.

La peau qui recouvre le kyste sébacé est amincie, variqueuse, et peut laisser voir, par transparence, le contenu de la tumeur kystique; elle offre souvent un petit orifice coloré en noir, par lequel on peut exprimer la matière contenue dans le kyste. Les glandes, les poils sont atrophiés à ce niveau. Le plus souvent, les adhérences cutanées sont très-accusées; toutefois, quand la tumeur rencontre moins de résistance à son développement dans les parties profondes, elle peut paraître sous-cutanée.

Au crâne, les loupes peuvent déprimer les os, voire même les perforer et arriver au contact de la dure-mère (Lenoir, Delpech).

Les parois du kyste sont molles et minces dans les tumeurs récemment développées; d'autres fois elles acquièrent une notable épaisseur et peuvent subir les transformations fibreuse, cartilagineuse, ostéo-fibreuse et calcaire. Cette paroi, formée de tissu conjonctif à mailles aplaties, est revêtue d'un pavé épithélial régulier (Broca); quelquefois on trouve un poil implanté sur un point de la paroi; ce qui indique que la cavité préexistante, origine du kyste,

était en communication directe avec un follicule pileux (Broca). Ce follicule s'atrophie le plus souvent à mesure que le kyste se remplit de graisse et d'épithélium (Rindfleisch).

Dans certaines loupes volumineuses, l'épithélium s'accumule, se stratifie sur certains points et donne naissance à des prolongements cornés, ainsi que nous l'avons déjà dit à propos des *productions cornées* (1).

Le contenu des kystes sébacés a un aspect variable; tantôt il présente la consistance d'une bouillie (*athérome*), tantôt la fluidité du miel (*mélécérès*), d'autres fois enfin l'aspect du suif (*stéatôme*). Malgré ces différences, les éléments qu'on trouve dans ces tumeurs sont toujours à peu près les mêmes, soit :

- 1° Des cellules épithéliales, aplaties, granuleuses, cornées;
- 2° Des granulations graisseuses;
- 3° Des granulations calcaires (Follin);
- 4° Enfin des cristaux de cholestérine;

Cette matière, qui exhale souvent une odeur fade, nauséabonde, contient surtout des matières grasses, de l'eau, de la caséine et de la gélatine. On y a encore signalé de l'albumine et des sels de soude (Lutz).

Les kystes sébacés ne sont unis aux parties voisines que par quelques tractus cellulaires, ils ne reçoivent ni vaisseaux, ni nerfs importants (Virchow).

*Symptômes.* — Les kystes sébacés forment des tumeurs arrondies ou aplaties (*talpa, testudo*), d'un volume variable, comme nous l'avons dit, et qui sont souvent très-adhérentes à la peau dans laquelle elles ont pris naissance. Cependant le développement du kyste sur les parties profondes peut lui donner une certaine mobilité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons déjà signalé leur consistance variable.

En général, le développement de ces tumeurs a lieu sans produire aucune douleur; dans certaines régions, toutefois, et en particulier à la tête, elles peuvent être gênantes et provoquer de la céphalalgie. Dans quelques cas cependant les kystes sébacés ont pu donner lieu à de vives douleurs (Verneuil).

Arrivés à un certain volume, les kystes sébacés restent souvent stationnaires; cependant cette règle souffre des exceptions. Ordinairement, les kystes sébacés peuvent être vidés par la pression, mais

(1) Page 407.

*On the encysted tumours*, in *Surgical Essays*, vol. II, p. 229, Lond., 1820.  
 — Ph. von Walther, *U. d. Balggeschwülste*, in *Journ. f. Chirurgie u. Augenheilk.*, v. Græfe u. v. Walther, Bd. IV, s. 379, 1822. — A. Cooper, *Mém. sur les T. enkystées*, in *Œuvres chirurg.* (tr. franç.), 1837, p. 589.  
 — Roi get, *Observ. sur une tum. épithéliale*, in *Comptes rend. des séances et Mém. de la Société de biologie*, t. II, p. 121, 1850. — Lebert, *Rapport sur l'obs. précéd.*, in *ibid.*, p. 124, 1850. — Wernher, *Das Atherome, etc.*, in *Virchow's Arch.*, Bd. VIII, s. 221, 1855. — L. Porta, *Dei tumori folliculari sebacei*, Milano, 1856; et *Ann. univ. d. medicina*, vol. XXIII, p. 625, 1857, et vol. XXXII, p. 289, 1859. — Hartmann, *U. Balggeschw. Atherome*, in *Virchow's Arch.*, Bd. XII, s. 430, 1857. — Lebert, *Traité d'anat. pathol.*, t. I, p. 109, 1857. — Gautrelet, Gerardie, *Thèses de Paris*, 1859, nos 153 et 49. — Lutz, *De l'hypertrophie génér. du syst. sébacé*, th. de Paris, 1860, n° 65. — O. Weber, *Balggesch. der Haut*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chirurg.*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. II, L. I, s. 42, Erl., 1865.  
 — R. Virchow, *Atheromes*, in *Path. des tum.* (tr. franç.), t. I, p. 213, 1867. — P. Broca, *K. des gl. sébacées*, in *Traité des tum.*, t. II, p. 73, 1869. — L. Tripier, *Loupes*, in *Dict. enc. des sc. méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. III, p. 138, 1869. — Greuelle, *Des kystes sébacés*, th. de Paris, 1872, n° 359.  
 — Misset, *Et. sur la pathol. des gl. sébacées*, *ibid.*, 1872, n° 179. — Consulter en outre les classiques.

#### 2<sup>o</sup> Adénômes des glandes sébacées.

Cet adénôme est fort rare, toutefois on a rencontré l'hypertrophie des glandes sébacées dans un certain nombre d'affections, et en particulier dans ces productions d'origine fœtale ou *kystes dermoïdes*.

Certaines formes d'acné du nez, et en particulier l'acné hypertrophique ou éléphantiasique présenterait une néo-formation de glandes sébacées (?). Cette affection peut s'ulcérer et ressembler à l'épithélioma (Lücke).

#### § 6. — Fibrômes cutanés. — Molluscum vrai.

Les fibrômes cutanés forment de petites tumeurs plus ou moins dures et saillantes, confondues par la plupart des auteurs avec les papillômes cutanés. Parmi ces fibrômes, nous attirerons l'attention des chirurgiens sur une espèce que nous appellerons *Molluscum vrai* (Cornil et Ranvier).

Sous la dénomination de *molluscum* on a décrit un grand nombre de tumeurs d'origine variée, mais offrant toutes une certaine analogie de forme avec le tubercule de l'éradie, d'où le nom qu'elles ont reçu en masse (Bazin).

Beaucoup de ces productions résultent d'altérations des glandes

sébacées et sont étudiées par les dermatologistes sous les divers noms d'*Acné varioliforme* (Bazin), d'*Acné miliaris* (Hardy), d'*Acné éléphantiasique* (Bazin), etc. Notons encore que la tumeur appelée *Molluscum stéarique* par certains auteurs, n'est autre que la loupe de la peau (Bazin), le kyste sébacé, étudié plus haut.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces diverses lésions, et nous ne décrirons que le *molluscum vrai*, formé de tissu fibreux (*Fibroma molluscum* de Virchow) (1).

*Anatomie pathologique.* — Le tissu de la production morbide est constitué par une série de lobules mal délimités, ce qui tient au liquide séreux qui imbibé les faisceaux fibreux (Cornil et Ranvier). Dans quelques cas, le liquide existe en quantité considérable, ce qui explique la mollesse extrême de certaines de ces tumeurs. Quant aux faisceaux fibreux, ils sont formés par des cellules plasmatiques anastomosées, et souvent on y trouve des cellules rondes ou fusiformes libres. Virchow rapproche ce *molluscum* de l'éléphantiasis.

*Symptômes.* — Le molluscum vrai constitue une petite tumeur indolente, molle, plus ou moins pédiculée, et se continuant avec le derme cutané (A. Desprès).

Il est rare que cette tumeur soit unique; le plus souvent, il y en a plusieurs de même nature et de même aspect, disséminées à la surface du corps.

Le volume de ces productions peut, dans certains cas, devenir considérable; c'est ainsi qu'en huit ou dix ans, l'une de ces tumeurs a acquis le poids de 12, de 16 kilogrammes (Nélaton, Virchow). Lorsqu'elles augmentent ainsi de volume, les tumeurs deviennent douloureuses et sont le siège de véritables poussées inflammatoires, d'où le nom de *Molluscum éléphantiasique* qui leur a été donné (Heyland, Virchow, Nélaton, etc.).

Les téguments qui recouvrent le molluscum sont souvent amincis, ridés, quelquefois couverts de poils; dans d'autres circonstances, ils offrent une couleur violacée (A. Desprès). On a comparé l'aspect de la tumeur à celui de poches membraneuses flasques et vides, ressemblant à des grains de raisin dont on aurait retiré les pepins (Bazin).

Ces tumeurs se rencontrent surtout au dos, à la nuque, aux reins, au bassin. Il est fréquent de les voir naître les unes après les autres et par poussées (Vanzetti). Leur forme plus ou moins pédi-

(1) Le *molluscum lympho-adénique* de Michel n'est autre que le *mycosis fungoïde* (Bazin); nous n'avons pas à le décrire ici.