

d'un pied d'éléphant. Le poids du membre inférieur, l'immobilisation de l'articulation du genou et du cou-de-pied impriment à la progression, encore possible, un caractère particulier : les mouvements se font dans la hanche, et les malades marchent comme les amputés de la cuisse sur leur pilon.

L'éléphantiasis du scrotum est fréquente, surtout en Égypte : on note les mêmes poussées érysipélateuses, l'engorgement des ganglions de l'aîne; l'œdème devient persistant et progressif; la verge se cache sous les masses débordantes du scrotum, qui a mesuré jusqu'à 1<sup>m</sup>,75 de circonférence et pesé jusqu'à 50 kilogrammes. Aussi l'urine arrive au dehors, non au niveau du méat, mais après avoir cheminé entre les plis éléphantiaques des enveloppes testiculaires; des ulcérations rebelles sont la conséquence du passage de ce liquide. L'épiderme est soulevé par de petites pustules que distend un liquide fluide et citrin, ou épais et laiteux, dont l'écoulement, après rupture de la paroi, provoque un affaiblissement et une émaciation rapides. — Les grandes lèvres, le clitoris et son prépuce, les mamelles et le membre supérieur, plus rarement la peau du cou, de la face, de la marge de l'anus, de la poitrine, du lobule de l'oreille, sont envahis par l'éléphantiasis; il n'est pas un point du tégument externe où l'on n'ait constaté l'hyperplasie œdémateuse; la langue a été atteinte.

Après la série des poussées érysipélateuses qui marquent son début, l'éléphantiasis, une fois établie, prend une *marche* de plus en plus lente et reste stationnaire pendant de longues années. On cite quelques cas exceptionnels où la guérison serait survenue; il est plus fréquent de voir le malade en proie à une anémie progressive qui abrège sa vie. Des gangrènes, des accès pernicioeux, des complications du côté des voies digestives ou du cœur, ont entraîné la mort; mais, d'habitude, le *pronostic* n'a rien de grave à courte échéance. Le *diagnostic* s'impose : les œdèmes chroniques qui précèdent de troubles circulatoires locaux ou généraux, la lèpre, la sclérodermie, ont un aspect trop différent pour que l'erreur puisse être commise.

**Traitement.** — Au début de l'éléphantiasis, lors des poussées érysipélateuses ou aux premiers signes de tuméfaction, l'élévation du membre, la compression méthodique, tout ce qui pourra diminuer la réaction inflammatoire et l'infiltration dermique et sous-cutanée,

devra être mis en œuvre : le massage, les bains alcalins et sulfureux, les douches ont rendu quelques services; mais il faudra éviter toute irritation de la peau, toute excoriation, prétexte à nouvel érysipèle. Le changement de climat aurait eu, dans quelques cas, une heureuse influence.

Lorsque l'éléphantiasis est confirmée, qu'il existe une hyperplasie du derme et des tissus profonds, l'intervention sera plus active; elle différera selon que les lésions se trouvent dans une région où le bistouri peut être porté. L'ablation complète des enveloppes scrotales ne compromet aucune fonction importante, et nous avons pu enlever les bourses avec un plein succès; toutes les tuniques, jusques et y compris la vaginale, furent extirpées; les testicules mis à nu furent recouverts par de petits lambeaux cutanés latéraux suturés sur la ligne médiane : la réunion primitive fut obtenue. Osgood rapporte 60 cas suivis de succès. D'après une analyse de 155 faits, Fayrer accuse une mortalité de 18 pour 100. Mais nous doutons qu'une antisepsie rigoureuse ait été suivie.

Lorsque l'œdème a envahi les membres inférieurs, on n'aura recours au couteau que si la marche est impossible et si les autres traitements ont échoué : la compression ouatée, ou avec la bande d'Esmarch, qui compte quelques succès; puis la compression digitale sur l'artère principale du membre. La ligature, qui n'est pas sans danger, n'a donné que de médiocres résultats : une statistique de Wernher montre que si, dans 52 cas, elle fut suivie d'une amélioration immédiate, la diminution de l'œdème ne put se maintenir, tandis que sur 69 faits de compression, il y aurait eu 40 guérisons, 15 améliorations et 16 échecs. Après la récurrence d'une éléphantiasis traitée par la ligature de l'artère, Morton a obtenu 1 succès par la résection partielle du sciatique.

## VI

## TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'ÉPIDERME ET DE LA COUCHE PAPILLAIRE

Les hypertrophies de la couche cornée de l'épiderme, avec ou sans développement exagéré des houppes papillaires, présentent un certain nombre de variétés : les *durillons*, les *cors*, les *cornes*, les *verrues*, les *condylomes*; à l'exemple de Follin, nous ajouterons l'*ulcère papil-*

laire, où l'érosion du derme se recouvre d'une masse énorme de lamelles épidermiques.

*cayo* — **Durillons.** — On nomme ainsi un épaississement circonscrit de l'épiderme, que provoquent des frottements répétés et que constitue l'accumulation de cellules cornées en couches régulières.

Le durillon se rencontre de préférence au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil où, lorsqu'il est soulevé par le liquide de la bourse séreuse sous-jacente enflammée, et par une déviation des os, il est appelé *oignon*; on le trouve encore à la plante des pieds, surtout quand, par suite de paralysie musculaire, certains points sont anormalement comprimés dans la marche ou dans station; à la main, chez les forgerons, les serruriers, les rameurs, les terrassiers; au bord cubital de l'avant-bras droit, chez les ouvriers en papiers peints; chez les brunisseurs, à la face interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt; à la face externe de la phalange unguéale du médius, chez ceux qui tiennent mal leur porte-plume; nous pourrions multiplier les exemples à l'infini.

Le durillon constitue une petite tumeur, mobile avec la peau sur les parties sous-jacentes, arrondie, saillante de quelques millimètres, à large base qui se continue par dégradation insensible avec l'épiderme environnant, indolore, de couleur jaune ambré, un peu translucide; elle se gonfle sous l'influence de l'humidité. Le microscope y montre une stratification de cellules épidermiques, au-dessous desquelles les papilles du derme sont aplaties et élargies; les vaisseaux sanguins sont plus dilatés; les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les follicules pileux n'ont subi aucune modification. Quelquefois il se forme, sous la callosité, une bourse séreuse qui s'enflamme à la suite d'une contusion, d'un travail exagéré, et se change en un phlegmon circonscrit ou diffus: on sait le rôle que joue le durillon *forcé* dans l'étiologie des phlegmasies de la main. La thérapeutique doit être active: des incisions précoces s'opposent à l'envahissement du pus. Si le durillon n'est pas enflammé, on n'y touche pas et il peut disparaître avec la cause qui l'a produit; tout au plus excisera-t-on au rasoir les couches superficielles devenues exubérantes. Depuis les progrès de l'antisepsie, nous avons souvent enlevé le durillon de l'articulation métatarso-phalan-

gienne du gros orteil, la bourse séreuse sous-jacente et la saillie que forme la tête du métatarse dévié.

*callosité*  
**Cor.** — C'est un épaississement circonscrit de l'épiderme, comme le durillon, dont il diffère par l'existence, en son centre, d'un noyau dur, à racine conique et qui pénètre dans le derme.

On le rencontre aux pieds, surtout au niveau des orteils: sur la surface externe du petit doigt, il est de règle chez tout individu qui porte des chaussures; on le trouve, à la face dorsale, sur la peau qui recouvre les articulations des phalanges et dans la région plantaire; à la face interne des orteils, son aspect lui a fait donner le nom d'*œil de perdrix*; il y est mou, blanc, par suite de sa macération dans la sueur; ses bords sont renflés, son noyau excavé, et ses couches superficielles se détachent spontanément.

Le cor, comme le durillon, forme un épaississement de quelques millimètres, dur, arrondi, à peine saillant au-dessus de la peau, jaunâtre, transparent. Sur une coupe, on constate la même couche due à l'accumulation des cellules cornées, mais au centre se trouve un noyau plus résistant, plus dense, où les éléments, plus serrés, soudés en lames concentriques, pénètrent comme un coin dans le derme, dont ils écrasent les papilles; ils amincissent les chairs, quelquefois perforées jusqu'au tissu cellulaire, où se développe fréquemment une bourse séreuse. Il existe parfois deux ou trois racines pour le même cor, ce qui serait dû, d'après Forster, non à la multiplication des cellules épidermiques, mais à une prolifération des éléments qui tapissent les conduits excréteurs des glomérules sudoripares, prolifération plus abondante à l'orifice du goulot que vers sa profondeur: de là cette forme conique, caractéristique du cor.

Les papilles périphériques, celles qui se voient autour de la cupule que la pointe du cor se creuse dans le derme, sont hypertrophiées; les vaisseaux en sont congestionnés, et de petites hémorragies peuvent avoir lieu, infiltrant la trame épithéliale. On a signalé une hypertrophie du névrilemme de certains ramuscules rampant au voisinage, et ces petits névromes expliquent les douleurs qui se manifestent; elles sont irrégulières; certains cors évoluent sans éveiller la plus légère souffrance; d'autres, à la moindre pression, au moindre heurt, lorsque le temps est humide, ou pour

peu que le pied soit serré dans une chaussure étroite, provoquent des douleurs telles que la marche en est empêchée.

On a signalé des complications, toujours causées, il est vrai, par une intervention maladroite : un cas de tétanos, une gangrène de l'orteil suivie d'infection purulente, des phlegmons circonscrits ou diffus. La prudence est donc nécessaire : on se contentera d'exciser, avec un rasoir, les couches les plus superficielles sans atteindre la zone des papilles ; on recouvrira les parties de plaques superposées de diachylon, dont la plus profonde, celle qui est au contact de la peau, sera fenêtrée au niveau du cor ; on pourra faire usage de l'anneau en caoutchouc de Galante, qui offre une ouverture où se loge l'épaississement épidermique.

Si l'on a eu recours à l'extirpation, aux cautérisations « faibles et répétées » avec les acides acétique, azotique ou chromique, on aura soin, pour éviter la récurrence, de recommander des chaussures bien faites, en peau souple, ni trop larges ni trop étroites ; là est le vrai remède et souvent même la condition d'une guérison spontanée. A. Thierry rapporte que « son collègue au Conseil municipal, Eugène Delacroix, le grand peintre dont la France s'honore », se débarrassa de ses cors en abandonnant les cordonniers pour recourir aux magasins de confection, où il pouvait choisir chaussure à son pied.

**Cornes.** — Ce sont des productions accidentelles de la peau ou même des muqueuses, et constituées par une substance analogue à celle des ongles et des cornes des animaux, auxquelles elles ressemblent par leur développement en excroissance conoïde. Kelsch les a rapprochées des hypertrophies unguéales incurvées qu'on désigne sous le nom de « onychogrypose ».

On les rencontre au front, à la tête, à la face interne des cuisses, puis sur les fesses et sur le tronc ; on les a vues sur la muqueuse linguale, sur la conjonctive et sur le gland ; on cite quelques cas où elles étaient implantées sur du tissu cicatriciel ou dans l'intérieur d'un kyste sébacé. Kelsch fournit, d'après Villeneuve, une statistique qui porte sur 71 observations. Les cornes occupaient 55 fois la tête, 12 fois la cuisse, 12 fois le tronc, 5 fois la verge et le gland, et 8 fois les diverses régions du membre inférieur, sans indications précises.

D'ordinaire elles sont uniques ; cependant Fabrice de Hilden,

Wilan, Sæmmering, rapportent des faits où le nombre en était considérable. Les frères Lambert, dont Alibert a donné l'histoire, en avaient, éparses sur le corps, en telle quantité qu'on les appelait les hommes pores-épics. Les femmes seraient surtout atteintes : Demarquay en trouve 51 sur 50 cas ; mais les relevés de Villeneuve constatent des proportions sensiblement égales. Bien qu'on en ait vu chez des enfants et même chez des nouveau-nés, elles apparaissent plutôt à un âge avancé : la malpropreté, les irritations locales exercent une influence sur leur développement, et c'est dans la classe pauvre, chez les manouvriers, qu'on les observe de préférence.

Ces tumeurs se présentent parfois sous forme de plaques peu saillantes au-dessus du tégument, d'excroissances aplaties ; le plus souvent elles sont allongées, coniques, à sommet rarement bifurqué, incurvées en arc de cercle ou contournées en spirale comme les cornes de bélier ; leur longueur a pu dépasser 20 ou 50 centimètres ; leur coloration, surtout foncée vers la pointe, est grise, brune ou jaune ; leur consistance est grande au sommet ; vers la base, leur substance est plus molle et l'ongle peut l'entamer. Elles sont insensibles, ne déterminent que de la gêne, et la santé générale n'est pas troublée ; on cite cependant des cas où, grâce à leur siège et à leur nombre, elles ont rendu impossible la marche, la position assise et le décubitus horizontal. D'autres fois elles ont changé de nature et sont devenues des épithéliomas. On a observé, pour quelques-unes, la chute périodique, la *mue* : chez les malades de Ritter, d'Alibert, de Heurtaux, la base de la corne se détachait à une époque déterminée, printemps, automne, hiver, puis une nouvelle apparaissait qui acquérait le volume de la première. Ces tumeurs sont rebelles, et leur ablation incomplète a pour conséquence une récurrence.

Les cornes se développent sur les papilles hypertrophiées : les cellules du corps muqueux qui les engaine végètent et forment des cornets concentriques d'éléments feuilletés, desséchés, dépourvus de noyaux ; les nouvelles couches soulèvent les anciennes ; ainsi s'accumulent ces amas d'apparence cannelée, fibroïde, qui, — les examens histologiques et chimiques le démontrent — ont même structure et même composition que les ongles, les sabots, les griffes des animaux. Les cellules du sommet de la corne sont les plus vieilles et les plus dures ; elles sont fusionnées et, au premier abord, le tissu semble amorphe ; à la base, quelques-unes ont la mollesse des

éléments du corps muqueux de Malpighi ; aussi la résistance est moindre. Il en est de même au centre du néoplasme, où l'on rencontre parfois de la matière sébacée d'odeur fétide.

Le pronostic n'est pas sans quelque gravité : les cornes peuvent dégénérer en cancroïde et ne guérissent pas spontanément, bien que Rayer ait vu une de ces tumeurs ne pas se reproduire après être tombée. Il faut recourir à l'extirpation et la pratiquer largement. On cernerait le néoplasme par une incision circonscrite qui dépasserait les limites du mal ; le derme sous-jacent sera enlevé jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Cette méthode est préférable aux cautérisations qui, pour être complètes, doivent être répétées. Lorsque les cornes sont trop multipliées pour qu'on puisse avoir recours à l'instrument tranchant, on essayera des bains, des émollients pour ramollir la tumeur et provoquer sa chute ; mais l'efficacité de ces moyens est douteuse.

**Verrues.** — Ce sont des papillomes qui forment, sur la surface cutanée, de petits mamelons de la grosseur d'un grain de chènevis, de couleur ambrée, semi-transparents dans leurs couches superficielles, durs, mobiles avec la peau sur laquelle ils s'implantent. Tantôt une masse épidermique commune engaine toutes les papilles et l'excroissance est lisse : c'est la *verruë* proprement dite ; tantôt chaque papille hypertrophiée a son revêtement spécial et la tumeur est hérissée de filaments velvétiques : c'est le *poireau*. Il y aurait d'autres variétés, et Alibert nommait *acrochordon* la verrue pédiculée, *cicéronienne* celle qui a le volume d'un pois chiche et que des poils recouvrent.

On ne sait pas grand'chose sur leurs causes. Cependant les recherches de Majocchi, de Cornil, de Babès semblent prouver qu'il s'agit d'une affection parasitaire ; ils ont trouvé, dans le tissu des papilles, des microbes de moins de 4  $\mu$ . de diamètre, accolés deux à deux en forme de diplocoques ou de sarcines, de chapelets ou de petits amas. Ne sait-on pas que les verrues se développent par contact ? Chez les enfants on voit de semblables tumeurs naître au coin des lèvres, sur le nez, dans les points où ils portent leurs mains couvertes de verrues. Elles apparaissent sur la face dorsale des doigts, au niveau de la pulpe, à l'avant-bras, sur le visage, le cou, le talon ; l'influence des irritations, des frottements, du contact de

certaines substances est admise ; elles se développent à tous les âges, mais surtout chez les enfants des deux sexes. Si parfois il n'en existe qu'une, il n'est pas rare d'en observer un grand nombre éparses sur divers points du corps, ou en groupes confluentes ; elles se sont semées par le grattage et la déchirure d'une verrue préexistante.

Les verrues se développent sans douleur, et c'est par hasard qu'on découvre leur existence ; elles grandissent, puis restent stationnaires ou disparaissent spontanément ou sous l'influence de quelque affection fébrile. Le plus souvent il faut une intervention à laquelle on n'a recours que si les verrues sont gênantes par leur volume ou leur aspect. On emploie les applications d'acide azotique, d'acide chromique, d'acide acétique cristallisable. La gaine épithéliale se détache au bout de quelques jours et la verrue est guérie, mais la récurrence est fréquente. La ligature, lorsque la tumeur est pédiculée, l'excision au bistouri et la cautérisation donnent de bons résultats. Des médecins prétendent avoir obtenu des succès par l'emploi quotidien de la magnésie à l'intérieur.

**Condylomes.** — Sous ce nom on désigne à la fois les tumeurs papillaires pédiculées, végétations, choux-fleurs, et certains néoplasmes constatés sur le gland, l'anus et la vulve, tumeurs arrondies, mamelonnées, sessiles ou pédiculées, du volume d'un pois ou d'une cerise, saignantes, douloureuses au moindre frottement. On a attribué leur développement à la syphilis, à la blennorrhagie, mais il est probable que ces affections n'agissent que par les sécrétions irritantes qui accompagnent les plaques muqueuses ou la chaudière ; les mucosités vaginales des femmes enceintes provoquent aussi l'apparition de ces tumeurs, qu'on extirpe avec le bistouri, le thermocautère, ou qu'on détruit par les caustiques.

**Ilcères cutanés papillaires.** — Follin décrit sous ce nom de petites tumeurs, fréquentes surtout au visage, et souvent confondues avec des épithéliomas.

Un léger épaissement se fait à la surface de la peau ; il est constitué par des lamelles épidermiques superposées dont la saillie brune, d'apparence croûteuse, peut dépasser 1 centimètre. Il reste stationnaire pendant un temps fort long, des mois, des années ; parfois une exsudation séro-purulente soulève et détache l'excroissance ;

elle tombe et laisse à nu le derme exulcéré. De nouvelles masses épithéliales s'accumulent sur l'ulcère, qui reprend son aspect croûteux. En général, des épaisissements analogues se font au voisinage; la tumeur principale est entourée de satellites, et il est des cas où l'on en compte 30 à 40 sur le visage.

On pourrait les confondre avec des cancroïdes, et, de fait, la transformation des ulcères papillaires en épithéliomas est fréquente. Dans l'ulcère papillaire, la peau périphérique est molle, le derme a conservé sa souplesse; il n'y a ni dureté, ni infiltration, ni engorgement ganglionnaire, ni élancements, ni adhérences. Nous avons observé un cas où la tumeur principale était déjà un épithélioma bien net, tandis que les satellites conservaient encore les caractères de l'ulcère papillaire type. D'habitude la tumeur reste stationnaire et l'on n'a pas à intervenir. Les solutions concentrées de chlorate de potasse en application permanente sur les parties nettoient le visage en quelques jours, même lorsque la métamorphose cancroïdale commence. Nous avons vu, chez une femme opérée d'un cancroïde de la face, un ulcère en voie d'induration et les soulèvements épidermiques voisins, se guérir en moins de trois semaines.

## VII

## ADÉNOMES SUDORIPARES

Ces tumeurs sont connues depuis la description de Verneuil. On en distingue trois variétés : l'*hypertrophie kystique* est caractérisée par la dilatation irrégulière des glomérules; un liquide filant, jaunâtre, distend des cavités multiples dues à des étranglements qui se font sur le tube, désormais comparable à un chapelet. Les parois sont épaissies par une prolifération conjonctive abondante, et leur surface interne est tapissée par un épithélium pavimenteux. L'*hypertrophie générale simple*, où l'on trouve les canaux dilatés, farcis d'épithélium, où l'on voit apparaître des diverticules glandulaires, et l'*hypertrophie générale avec infiltration de cellules épidermiques*, où les amas épithéliaux qui ont rompu les parois des tubes et se sont diffusés dans le derme, ressemblent trop aux cancroïdes pour que nous ne rattachions pas leur étude à celle des épithéliomas lobulés. N'y a-t-on pas constaté l'existence des globes épidermiques

types? Ces tumeurs, fréquentes surtout au visage, au cou et au dos, à marche lente, peuvent prendre les allures des cancroïdes envahissants. On les nomme parfois ulcères rongeurs, *ulcus rodens*. Le plus sage est de les enlever au bistouri.

## VIII

## KYSTES SÉBACÉS

Ils sont dus à la rétention des produits que sécrète l'appareil pilo-sébacé. On leur applique fréquemment le nom de *loupes*; ceux d'*athérome*, de *mélicéris* et de *stéatome*, basés sur l'aspect ou la consistance de leur contenu, tendent à disparaître.

C'est à la tête, à la nuque, à la face, sur les épaules, au scrotum qu'on les observe d'habitude. On n'en aurait jamais rencontré à la plante des pieds et à la paume de la main, où les glandes sébacées font défaut; cependant Trélat dit en avoir extirpé un sur la face palmaire de la première phalange de l'annulaire, mais il s'agissait évidemment d'un de ces « kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée » étudiés par Troquart, Darier et Peraire : ces sortes de néoplasmes sont dus, non pas à la dilatation des glandes sébacées, mais à des traumatismes en général professionnels, qui ont comme conséquence des inclusions, des greffes accidentelles d'une portion d'épiderme dans les couches sous-cutanées de la paume de la main ou des doigts. Les cellules épidermiques transplantées prolifèrent, dégèrent et se transforment en une masse d'apparence sébacée. Ainsi s'interprète l'existence de ces kystes dans les régions où les glandes pilo-sébacées font défaut.

Les kystes sébacés sont en général uniques, mais il n'est pas rare d'en trouver plusieurs réunis, presque toujours dans la même région, au cuir chevelu par exemple; ils peuvent se juxtaposer, se fusionner même; la tumeur est alors irrégulière et lobulée. Son volume est variable, et entre le *comédon*, la *tanne*, l'*acné punctata*, caractérisés par une saillie semblable à un grain de mil d'où la pression fait sortir la matière sébacée effilée comme un ver, et les loupes aussi grosses qu'un œuf, une noix de coco, une tête d'enfant, on constate tous les intermédiaires.

La peau qui recouvre le kyste est amincie, adhérente, rouge ou

violacée, parcourue par des arborisations veineuses; sur la surface glabre et d'où sont tombés poils et cheveux, on voit un point noir, orifice oblitéré d'où la pression fait sortir le contenu de la poche. Les parois sont d'épaisseur et de consistance variables, tantôt molles, délicates, d'une trame ténue; tantôt dures, criant sous le scalpel, renforcées par des strates de tissu fibreux qu'ont déposées des inflammations répétées; à la longue il se fait des dépôts crétacés, des plaques calcaires; un épithélium stratifié tapisse la cavité; il s'appuie sur une couche de lamelles épidermiques infiltrées de gouttelettes graisseuses et assez tassées pour qu'on puisse croire à une membrane de tissu conjonctif. Dans certains cas un poil est implanté dans son follicule, mais celui-ci ne tarde pas à s'atrophier sous la pression qu'exerce le contenu du kyste.

Ce contenu est formé par l'accumulation de masses épidermiques qui naissent du follicule pileux et de matières sébacées que sécrètent les glandes. Ces substances subissent de nombreuses métamorphoses, et, outre les cellules pavimenteuses chargées de granulations graisseuses, on trouve des cristaux de carbonate calcaire et magnésien, de la cholestérine, des globules de pus, de la graisse ou de l'huile libre et une certaine quantité de mucus. Lorsque leur consistance est celle de la bouillie, on les nomme *athéromes*; *mélicéris*, lorsqu'ils ressemblent à du miel; *stéatomes*, lorsqu'ils rappellent le suif. Dans les vieux kystes distendus et souvent contus ou enflammés, des exsudations séreuses et sanguines se font qui délayent les matières grasses et les éléments épithéliaux; le liquide est plus fluide, brun ou noir, et rappelle la sépia, la suie mouillée, l'encre de Chine.

Les kystes sébacés se développent sous forme de petites tumeurs dures, semblables à des grains de plomb enchâssés dans la peau; ils grossissent, se dégagent de la trame dermique et s'épanouissent dans le tissu cellulaire; ils sont alors arrondis, résistants ou mous, fermes ou pâteux, et mobiles sur les parties sous-jacentes; un peu étalés, ce qui les a fait comparer à une tortue; ils ne sont le siège d'aucune souffrance, sauf dans les cas d'inflammation; tout au plus deviennent-ils gênants; Verneuil en a rencontré de douloureux.

Lorsqu'elle a atteint le volume d'une noix, la tumeur reste ordinairement stationnaire; plus rarement elle s'accroît, la peau s'amincit, puis s'ulcère, et le contenu, d'une odeur fade et nauséabonde, s'écoule. Si les phénomènes inflammatoires sont intenses, la pari-

du kyste, désorganisée, s'élimine avec les produits de la suppuration et la guérison peut être la conséquence de ce processus. D'autres fois une fistule persiste par où suinte une substance fétide; enfin l'orifice peut se cicatriser jusqu'à ce que survienne une nouvelle poussée. Outre ces inflammations, qui, à la tête, ne seraient pas sans danger, on a noté quelques complications: l'usure des os du crâne et leur perforation par la tumeur, qui arrive au contact de la dure-mère, la production de cornes dans l'intérieur de la cavité, et le développement d'un épithélioma. Le pronostic s'aggrave alors; il ne s'agit plus d'un kyste à évolution locale, mais d'un néoplasme qui peut se généraliser.

Le diagnostic est simple; on ne confondra pas la loupe avec un kyste dermoïde de même consistance et de même forme; le kyste dermoïde est congénital au lieu d'apparaître de vingt à quarante ans; il affecte certains sièges de prédilection, la queue ou la tête du sourcil, le plancher de la bouche, le cou, le scrotum. Au crâne, les *méningocèles*, les *encéphalocèles* pourraient causer une erreur; nous apprendrons à reconnaître ces vices de conformation d'origine fœtale. C'est avec des *lipomes* que la confusion est facile, surtout au front, où ces deux néoplasies sont fréquentes.

Au temps où régnaient les érysipèles, on ne pratiquait guère l'extirpation au bistouri des kystes sébacés; la pâte de Vienne appliquée sur un des diamètres de la tumeur, en une traînée large de quelques millimètres et laissée en place pendant dix minutes; la perforation de la loupe avec une allumette en bois imbibée de chlorure de zinc ou d'acide azotique; l'injection, avec la seringue de Pravaz, d'émétique, d'une solution de nitrate d'argent, de quelques gouttes d'éther, ont été préconisées; mais ces pratiques, qui ont pour objectif de provoquer l'inflammation et l'évacuation de la membrane du kyste, sont lentes et ne conjurent pas l'érysipèle. On a recours au bistouri; un procédé consiste à disséquer le kyste sans l'ouvrir, chose difficile lorsque des inflammations antérieures l'ont rendu adhérent aux tissus voisins; puis on l'extirpe, sans laisser la moindre trace des parois. Un moyen plus expéditif consiste à plonger un bistouri à lame étroite à la base de la tumeur, qu'on coupe de dedans en dehors en deux moitiés égales; puis, avec une spatule ou une curette tranchante, on énuclée, l'un après l'autre, les deux segments du kyste. Une compression méthodique, des sutures pour maintenir les lèvres au contact, suffisent pour amener la réunion immédiate.

## IX

## TUMEURS DE LA PEAU

Nous avons décrit, lors de notre étude générale des tumeurs, les *fibromes*, et en particulier le *molluscum* vrai, les *sarcomes*, les *lipomes*, les *myxomes*, les *épithéliomas*, les *lymphadénomes*, les *carcinomes*; nous n'y reviendrons pas, et dirons un mot seulement de certaines taches pigmentaires qui évoluent pour leur propre compte, ou se développent avec un angiome qu'elles recouvrent. Elles tirent un grand intérêt chirurgical de leur transformation possible en cancer mélanique.

**Nævus pigmentaire.** — Il a été vu sur toutes les régions de la peau, sauf peut-être au cuir chevelu; le visage, la nuque, le dos et les lombes, les fesses en sont surtout atteints; on l'a observé sur les lèvres. Il peut ne constituer, sur les téguments, qu'une tache noire, à peine visible, lisse, plane, à contours précis; d'autres fois il est diffus, brun, noir ou sépia, et forme un relief saillant, irrégulier, rugueux, mamelonné, couvert de poils raides et durs. L'examen histologique démontre l'existence de granulations pigmentaires, tantôt infiltrées dans le réseau muqueux de Malpighi, tantôt dans la trame du derme et les éléments des papilles. Il n'est pas rare de constater la dilatation et l'hyperplasie du réseau capillaire, et toutes les lésions d'une tumeur érectile.

Le plus souvent, ces tumeurs restent stationnaires; telles elles étaient au moment de la naissance, telles elles sont à l'âge adulte. Elles deviennent parfois le siège d'un prurit intense, d'une vive démangeaison, de douleurs, d'irradiations spontanées; le néoplasme s'accroît, s'infiltré dans les téguments voisins. Cette augmentation de volume peut se faire d'une manière insidieuse et sans signes prémonitoires: le nævus progresse, s'étend, change de nature, et l'on peut reconnaître les signes d'un épithélioma ou d'un carcinome mélanique à marche rapide; la peau s'ulcère, les ganglions s'engorgent et la généralisation est à redouter. Si le chirurgien observe quelqu'un de ces signes, qu'il se hâte d'extirper le nævus! Le bistouri est le moyen le plus rapide et le plus sûr.

Pilliet explique ces dégénérescences par l'existence, dans ces nævi et dans les *molluscums*, d'une infiltration des papilles du derme: des traînées de cellules rondes les encombrent et suivent les vaisseaux. Ces éléments se développent aux dépens de la couche endothéliale et de l'adventice des capillaires; leur prolifération donne naissance à des masses qui ont quelque analogie avec les amas sarcomateux.

## X

## AFFECTIONS DES ONGLES

Les ongles et leur matrice peuvent être le siège d'un grand nombre d'affections chirurgicales, traumatismes de toutes sortes, inflammations et ulcérations, troubles nutritifs, difformités. Les traumatismes seront décrits avec les lésions des doigts et des orteils; les inflammations aiguës se confondent avec la description des diverses variétés de panaris. Aussi ne parlerons-nous que des *hypertrophies* et des inflammations chroniques ulcéreuses, *onyxis latérale* et *rétrouguéale*, *onyxis syphilitique* et *scrofuleuse*.

**Onyxis latérale.** — L'onyxis latérale ou *ongle incarné* se caractérise par la pénétration du rebord de l'ongle dans la gouttière unguéale, qui s'ulcère et devient le siège d'un bourgeonnement fongueux et suppurant.

Cette affection atteint le gros orteil, et d'ordinaire son côté externe. Elle se rencontre surtout, comme l'a montré Gosselin, de quinze à vingt-trois ans, ce qui s'explique par les modifications que la croissance apporte dans les dimensions relatives de l'ongle et des parties molles; à cet âge le pied grandit, et peut se déformer dans une chaussure mal faite ou devenue trop courte. Elle est plus fréquente chez les garçons, qui prennent de leurs pieds moins de soin que les filles. Les influences constitutionnelles paraissent incontestables: les chairs des lymphatiques sont plus facilement entamées. Verneuil incrimine le diabète; il a vu plusieurs faits où l'onyxis latérale avait cette origine. D'après Boyer, la façon de se tailler les ongles n'est pas innocente: les couper en rond, c'est favoriser l'ulcération de la