

sont envahis par l'éléphantiasis; on peut dire, d'une manière générale, qu'il n'est pas un point du tégument externe où l'on n'ait constaté l'hyperplasie œdémateuse; la langue elle-même 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 spontanée serait survenue; il est plus fréquent de voir le malade en proie à une anémie progressive qui abrège sa vie. Des gangrènes étendues, des accès pernicieux, des complications du côté des voies digestives ou du cœur, ont parfois entraîné la mort; mais, d'habitude, le *pronostic* n'a rien de bien grave, du moins à courte échéance. Le *diagnostic* s'impose toujours; les œdèmes chroniques qui procèdent de troubles circulatoires locaux ou généraux, la lèpre, la selérodermie, ont un aspect trop différent pour que l'erreur puisse être commise après un examen attentif.

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 bien confirmée, qu'il existe déjà une hyperplasie du derme et des tissus profonds, l'intervention sera plus active; elle différera selon que les lésions se trouvent ou ne se trouvent pas 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 soixante cas suivis de succès. D'après une analyse de cent cinquante-trois faits, Fayrer accuse cependant une mortalité de 18 pour 100. Mais nous ne savons si une antiseptie rigoureuse aura été suivie.

Lorsque l'œdème a envahi les membres inférieurs, on n'aura recours au couteau que si la marche est absolument impossible ou du moins considérablement gênée et si tous les autres moyens de traitement ont échoué: d'abord la compression ouatée ou avec la bande d'Esmarch, qui compte déjà 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 fort médiocres résultats: une statistique de Wernher montre que si, dans trente-deux cas, la ligature fut suivie d'une amélioration immédiate, cette diminution de l'œdème ne put se maintenir; sur soixante-neuf faits de compression, au contraire, il y aurait eu quarante guérisons, treize améliorations et seize échecs absolus. Après la récurrence d'une éléphantiasis traitée par la ligature de l'artère, Morton a obtenu un succès par la résection partielle du sciatique.

VII

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

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, il est appelé vulgairement *oignon*; on le trouve encore à la plante des pieds, surtout quand, par suite de paralysie musculaire ou de déviations spéciales, certains points sont anormalement comprimés dans la marche ou dans la 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 alors une petite tumeur, mobile avec la peau sur les parties sous-jacentes, arrondie, saillante de quelques millimètres, à très 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 un peu 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 peut s'enflammer à la suite d'une contusion, d'un travail exagéré, et se changer en un phlegmon circonscrit ou diffus: on sait, en effet, le rôle que joue le durillon *forcé* dans l'étiologie des phlegmasies de la main; ici la thérapeutique doit être active: des incisions précoces s'opposeront 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 trop exubérantes.

Cor. — C'est un épaissement 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 plus ou moins profondément dans le derme.

On le rencontre uniquement aux pieds, surtout au niveau des orteils: sur la surface externe du petit doigt, il est, pour ainsi dire, de règle chez tout individu qui porte des chaussures; on le trouve encore à la face dorsale, sur la peau qui recouvre les articulations des phalanges; dans la région plantaire; à la face interne des orteils, son aspect particulier 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 épaissement 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 alors se développe fréquemment une bourse séreuse. Il existe, parfois, deux ou trois racines pour le même cor, qui serait dû, d'après Forster, non à l'épaississement et 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 d'ordinaire 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 quelques ramuscules nerveux qui rampent au voisinage, et ces petits névromes expliquent les douleurs qui se manifestent trop souvent; elles sont fort 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 trop étroite, provoquent des douleurs telles que la marche en est empêchée.

On a signalé des complications graves, 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 bon rasoir, les couches les plus superficielles sans atteindre la zone des papilles; on recouvrira les parties de plaques superposées de diachylom, 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 récédive, 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, dans son article sur le traitement des cors aux pieds, 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 chaussures 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 souvent aussi par leur développement en excroissance conoïde.

On les rencontre d'habitude 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 enfin quelques cas où elles étaient implantées sur du tissu cicatriciel ou dans l'intérieur d'un kyste sébacé. Kelsch nous fournit, d'après Villeneuve, une statistique qui porte sur soixante et onze observations. Les cornes occupaient trente-cinq fois la tête, douze fois la cuisse, douze fois le tronc, trois fois la verge et le gland, et huit fois les diverses régions du membre inférieur, sans indications très précises.

D'ordinaire elles sont uniques; cependant Fabrice de Hilden, Wilan, Scëmmering, beaucoup d'autres encore rapportent des faits où le nombre en était considérable. Les frères Lambert, dont Alibert nous 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 trente et une sur cinquante 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 certaine 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 d'une étendue peu considérable; le plus souvent elles sont allongées, coniques, à sommet très rarement bifurqué, incurvées en arc de cercle ou con-

tournées 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 particulier 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 à rapide développement. 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 peu à peu acquérait le volume de la première. Ces tumeurs sont des plus rebelles, et leur section, leur ablation incomplète a toujours une récédive pour conséquence.

Les cornes se développent sur les papilles hypertrophiées: les cellules du corps muqueux qui les engaine végètent abondamment 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 encore 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'une odeur fétide.

Le pronostic n'est pas sans quelque gravité, puisque 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 d'elle-même. Il faut recourir à l'extirpation et la pratiquer largement. On cernerá le néoplasme par une incision circonférentielle qui dépassera hardiment 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 émoullents pour ramollir la tumeur et provoquer sa chute; mais l'efficacité de ces moyens est fort 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 *verru* 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 encore 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 contemporaines de Majocchi, de Cornil, de Babès semblent prouver qu'il s'agit là d'une affection parasitaire; ils ont trouvé dans le tissu des papilles un grand nombre de microbes infiniment petits, de moins de 1 μ de diamètre, accolés deux à deux en forme de diplocoques ou de sarcine, de chapelets ou de petits amas. Ne sait-on pas d'ailleurs que les verrues se développent par contact? Chez les enfants qui ont de ces tumeurs sur les doigts, on en voit souvent de semblables naître sur la face, au coin des lèvres, sur le nez, dans les points où ils portent fréquemment leurs mains couvertes de verrues.

Elles apparaissent le plus fréquemment sur la face dorsale des doigts et de la main, 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 généralement 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 bien plus grand nombre éparses sur divers points du corps, ou plus souvent encore en groupes confluent : elles se sont semées, pour ainsi dire, 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 peu à peu et restent bientôt stationnaires, disparaissant parfois 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 disgracieux. On emploie les applications répétées d'acide azotique, d'acide chromique, surtout 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 fort bons résultats. Des médecins sérieux prétendent avoir obtenu de remarquables 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, que nous avons déjà décrites, et certains néoplasmes constatés sur le gland, l'anus et la vulve, tumeurs arrondies, mamelonnées, sessiles ou pédiculées, du volume d'un pois ou même d'une petite cerise, souvent 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 chaude-pisse; les mucosités vaginales des femmes enceintes provoquent aussi l'apparition de ces tumeurs, qu'on extirpe avec le bistouri, le thermo-cautère ou qu'on détruit par les caustiques.

Ulcères 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 un centimètre. Il reste ainsi stationnaire pendant un temps fort long, des mois, des années même; parfois se fait au-dessous une exsudation séro-purulente qui soulève et détache l'excroissance; elle tombe et laisse à nu le derme exulcéré. Bientôt de nouvelles masses épithéliales s'accumulent sur l'ulcère, qui reprend son aspect croûteux primitif. En général des soulèvements analogues, des épaissements épidermiques se font au voisinage; la tumeur principale est entourée de satellites et il est des cas où l'on en compte trente à quarante sur le visage.

On pourrait confondre ces tumeurs 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. Cependant nous venons d'observer un cas où la tumeur principale était déjà un épithélioma bien net, tandis que les satellites conservaient encore tous 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 font merveille et nettoient le visage en quelques jours, même lorsque la métamorphose cancroïdale commence. Nous venons d'obtenir, par ce topique, un succès remarquable à la Salpêtrière chez une femme opérée déjà par Bouilly d'un cancroïde de la face; un ulcère en voie d'induration et la foule des soulèvements épidermiques voisins se sont guéris en moins de trois semaines.

VIII

ADÉNOMES SUDORIPARES.

Ces tumeurs sont bien connues depuis la description de Verneuil. On en distingue trois variétés : la première, 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 de distance en distance sur le tube désormais comparable à une sorte de 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 nouveaux, et l'*hypertrophie générale avec infiltration de cellules épidermiques* où les amas épithéliaux ont rompu les parois des tubes et se sont diffusés dans le derme, ressemblent trop aux cancroïdes pour que, à l'exemple des auteurs contemporains, nous ne rattachions pas leur étude à celle des épithéliomas lobulés. N'a-t-on pas constaté dans les masses néoplasiques l'existence des globes épi-

dermiques types? Aussi nous contenterons-nous de dire que ces tumeurs souvent volumineuses, fréquentes surtout au visage, au cou et au dos, à marche généralement lente, peuvent prendre les allures rapides des cancroïdes envahissants. On les nomme parfois ulcères rongeurs, *ulcus rodens*. Le plus sage est de les cautériser profondément avec la pâte arsenicale ou de les enlever au bistouri.

IX

KYSTES SÉBACÉS.

Ils sont dus à la rétention des produits que secrète 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 serotum 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 vient d'en extirper un sur la face palmaire de la première phalange de l'annulaire. Ces kystes 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 des plus variables, 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 en général amincie, adhérente, rouge ou violacée, parcourue par des arborisations veineuses; sur la surface glabre et d'où souvent sont tombés poils et cheveux, on voit quelquefois un point noir, orifice oblitéré par où la pression fait sortir le contenu de la poche. Les parois sont d'une épaisseur et d'une consistance variables, tantôt molles, délicates, d'une trame ténue; tantôt dures, criant sous le scalpel, renforcées par des strates nouvelles de tissu fibreux qu'ont déposées des inflammations répétées;

à la longue même il se fait des dépôts crétacés, des plaques calcaires; un épithélium pavimenteux stratifié tapisse la cavité; il s'appuie sur une couche de lamelles épidermiques infiltrées de gouttelettes graisseuses et parfois assez tassées pour qu'on puisse croire à une membrane de tissu conjonctif. Dans certains cas un poil est encore 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 très 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 alors 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; peu à peu ils grossissent, se dégagent pour ainsi dire 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; parfois 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 pourtant 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'aminçit, puis s'ulcère, et le contenu, d'une odeur fade et nauséabonde, s'écoule au dehors. Si les phénomènes inflammatoires sont intenses, la paroi du kyste, désorganisée, s'élimine avec les produits de la suppuration et la guérison radicale peut être la conséquence de ce processus. D'autres fois une fistule persiste par où s'écoule une substance fétide; enfin l'orifice peut se cicatrifier jusqu'à ce que survienne une nouvelle poussée aiguë.

Outre ces inflammations qui, à la tête, ne seraient pas toujours 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 surtout le développement d'un épithélioma. Le pronostic s'aggrave alors; il ne s'agit plus d'un kyste à évolution toute locale, mais d'un néoplasme qui peut se généraliser. — Le diagnostic est des plus simples; 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 plus tard 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 genres de 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 procédés, qui ont tous pour objectif de provoquer l'inflammation et l'évacuation de la membrane du kyste, sont lents et ne conjurent pas l'érysipèle.

On a surtout recours au bistouri; un procédé assez délicat consiste à disséquer laborieusement le kyste sans l'ouvrir, chose assez 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, un ou deux points de suture pour maintenir les deux lèvres au contact, un drainage au crin de Florence lorsque la poche est un peu étendue, suffisent, la plupart du temps, pour amener une réunion immédiate rapide.

X

TUMEURS DE LA PEAU.

Nous avons déjà décrit, lors de notre étude générale des tumeurs, les *fibromes*, et en particulier le *molluscum* vrai, néoplasme spécial à la peau, les *sarcomes*, les *lipomes*, les *myxomes*, les *épithéliomas*, les *lymphadénomes*, les *carcinomes*; nous n'y reviendrons pas ici, et dirons un mot seulement de certaines taches pigmentaires qui évoluent pour leur propre compte, ou parfois se développent simultanément 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 parfois 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 couleur sépia, et forme un relief saillant, irrégulier, rugueux, mamelonné, couvert de poils raides et durs. L'examen histologique démontre l'existence de granulations pigmentaires abondantes, 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, en même temps, 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. Malheureusement 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 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 largement le nævus dégénéré. Le bistouri est le moyen le plus rapide et le plus sûr.

XI

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. Mais 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 ici que des *hypertrophies* et des inflammations chroniques ulcéreuses, *onyxis latérale* et *rétro-unguéale*, *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 presque exclusivement 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 beaucoup 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 aussi 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 toujours innocente: les couper en rond, c'est favoriser l'ulcération de la rainure, qui, non soutenue en avant et en dehors, se relève et recouvre la partie antérieure du bord unguéal.

Les véritables causes d'incarnation tiennent à l'ongle lui-même et à la chaussure. Lorsque l'ongle est petit, mince et plat, il soutient