région, examiner avec soin si aucune induration ne survient au-dessous et autour d'elle. Dans ces conditions, en effet, il est fréquent qu'un épithélioma cutané [1] se développe en ce point, et c'est probablement à cet état que correspond ce que Follin appelait « ulcère cutané papillaire ».

La nature anatomique de ces productions est assez bien déterminée. L'hypertrophie papillaire est évidente; l'écaille qui la recouvre est constituée par des cellules épidermiques et un peu de matière sébacée [2]. Malgré la présence de cette substance grasse, il ne semble pas qu'il faille adopter l'opinion ancienne et ranger les crasses des vieillards parmi les séborrhées sèches, l'écaille étant formée par un amas de matière sébacée anormalement abondante et concrescible. Il est bien plus probable qu'il s'agit d'une irritation dermique d'ordre parasitaire et que l'hypertrophie papillaire est le fait anatomique primordial. Tout comme l'épithélioma cutané qui en dérive n'est pas un épithélioma glandulaire, mais bien un épithélioma à début interpapillaire.

Le *pronostic* n'est à réserver qu'en raison de la transformation cancroïdale possible. Le *diagnostic* est évident, sauf avec le *lupus acnéique*. D'autant plus que ce lupus, lui aussi, a de la tendance à dégénérer en épithélioma. Le seul point vraiment important est de déterminer s'il y a ou non évolution épithéliomateuse. On y parviendra en examinant bien, après avoir fait tomber les croûtes, quels sont les caractères de l'ulcération, et surtout si sa base et ses bords sont indurés.

Le *traitement* consiste en soins de propreté réguliers. On a préconisé les lotions savonneuses fréquentes, ou bien les lotions phéniquées. A la face, on évitera en général les cautérisations, l'excision, qui laissent des cicatrices, mais on n'hésitera pas dès la première menace de transformation cancroïdale. Dans les régions non apparentes, il est même indiqué, peut-être, d'enlever sans tarder la production morbide. L'extirpation au bistouri est préférable à la destruction par le thermocautère.

III. **Papillomes dits simples** [3]. — Ces papillomes s'observent surtout sur les adultes du sexe masculin. La plupart occupent soit le dos de la main ou des doigts, soit l'avant-bras. Dans leur étiologie, les irritations locales ont une grande importance.

Anatomiquement, il n'y a que peu de particularités à noter. Les papilles hypertrophiées sont très vascularisées. Elles sont recouvertes d'un épiderme corné épaissi, ayant conservé ses trois couches normales. Le tissu conjonctif des couches superficielles du derme est chroniquement enflammé, tend à la sclérose et étouffe les bulbes pileux, d'où la chute des poils.

Le *début* est en apparence insignifiant : c'est une petite excroissance, que le malade néglige. Puis d'autres s'élèvent à côté, l'épiderme s'épaissit, des croûtelles se forment, la région prend une teinte rouge, inflammatoire, et peu à peu le mal s'étend, lentement mais sans cesse, en sorte qu'il peut arriver à constituer de larges plaques. A la *période d'état*, on voit une surface croûteuse, noirâtre, fendillée; au fond des sillons, le derme apparaît à nu, fissuré; entre eux il est hérissé de saillies papillaires rosées que l'on aperçoit bien après avoir fait tomber

(1) Audouard, *De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde*. Thèse de Paris, 1879, n° 454.
(2) Barthélemy, *Des verrues séborrhéiques ou verrues plates de la vieillesse. Ann. de dermat. et de syph.*, 1881, p. 535.
(3) Notin, *Étude sur les papillomes simples*. Thèse de Paris, 1884-1885, n° 351.

les croûtes sous un pansement humide. Les *troubles fonctionnels* sont souvent nuls. La région est cependant un peu sensible, les froissements, les pressions répétées y éveillent de la douleur; de même le contact avec des liquides irritants. De là une gêne pour travailler.

Roser, Weil [1] ont décrit un *papillome cutané inflammatoire* qui se caractérise surtout par l'existence de petits abcès dermiques entre les papilles hypertrophiées et souvent soudées en arcades par leurs sommets. Peut-être est-ce une lésion analogue à la précédente, mais où l'inflammation a atteint un degré plus intense. Peut-être aussi une partie des cas étudiés par ces auteurs seraient-ils rapportés aujourd'hui à la tuberculose verruqueuse.

Le *diagnostic* du papillome simple et de la *tuberculose verruqueuse* est en effet parfois obscur, et si Riehl et Paltauf ont individualisé une forme assez nette, la question se pose encore pour les *tubercules anatomiques*. Il est démontré que certains d'entre eux sont de nature tuberculeuse; mais quelques auteurs contestent qu'ils le soient tous et admettent histologiquement le papillome simple. La différenciation clinique est encore à établir.

Le *traitement* a pour but de détruire le mal. Les pommades, les lotions diverses échouent. Les caustiques sont douloureux, difficiles à manier. L'étendue du mal en surface rend souvent impossible l'extirpation au bistouri. Les deux méthodes de choix sont le grattage et la cautérisation au fer rouge; fréquemment on les associe. La cautérisation se fait au thermocautère ou au galvano-cautère et on l'applique à la fois en surface et en profondeur, en promenant la lame rougie sur les papilles malades et en enfonçant dans la masse morbide des pointes de feu interstitielles.

CHAPITRE V

PARASITES NON MICROBIENS

Je signalerai les accidents produits par certaines larves d'*Œstridées*. Alb. Robin a publié l'histoire d'un malade qui, piqué à Rio-de-Janeiro, eut à la cuisse un bouton ressemblant à un furoncle et fort douloureux. Une fistule s'établit par laquelle, au bout de trois mois, le parasite sortit et la lésion guérit. A ce propos, Mégnin (*Société de biologie*, 1884, p. 143) a fait connaître un cas analogue, où le faux furoncle, large de 6 centimètres, était moins douloureux. Le malade venait du Guatemala. Cette simple mention suffira pour cette lésion exotique, peu décrite en France.

Parmi les *helminthes*, je n'insisterai pas sur les kystes hydatiques du tissu sous-cutané, sur les cysticerques et la ladrerie. Je rappellerai la filaire du sang et l'éléphantiasis qu'elle accompagne [2], et je vais décrire les accidents produits par la filaire de Médine.

(1) Roser, *Das entzündliche Hautpapillom. Arch. der Heilk.*, 1866, p. 87. — C. Weil, *Ueber das, etc. Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1874, p. 37.
(2) Voy. p. 204.

FILAIRE DE MÉDINE[1]

La *filaire de Médine*, encore appelée *dragonneau*, *ver de Guinée*, est un helminthe qui, en zoologie, a été nommé *Dracunculus Medinensis*, *Gordius Medinensis*, mais porte actuellement le nom de *Filaria Medinensis*.

Cet helminthe habite le tissu cellulaire sous-cutané, parfois les interstices musculaires, et y cause des accidents qui nécessitent des soins chirurgicaux.

L'antiquité admettait sans conteste l'existence de ce parasite. N'en trouve-t-on pas même trace dans l'Écriture, sous forme de ces « serpents ardents » qui, sur les bords de la mer Rouge, se fixaient au corps des Hébreux, en leur voyage de la montagne de Hor au pays d'Edom? Plutarque, dans ses *propos de table*, relate un récit d'Agatarchidès (de Cnide). Puis viennent des mentions de Soranus, de Léonidas (d'Alexandrie), de Galien. Ces descriptions anciennes sont, il est vrai, appuyées presque exclusivement sur des relations de voyageurs, et elles sont, dès lors, un peu poussées au merveilleux. Néanmoins, ces indices historiques sont intéressants, et cela d'autant plus qu'au moyen âge, avec Ambroise Paré, le dragonneau a été relégué parmi les animaux fabuleux. Les négations allaient encore leur train au début de notre siècle, avec Larrey, Richerand : ce prétendu parasite ne serait qu'un tendon mortifié, ou un nerf, ou une concrétion intra-veineuse. On le prouvait en montrant que des dragonneaux de cette espèce existaient sur des malades de nos pays.

Mais peu à peu la pathologie exotique a été fondée sur des observations recueillies par des médecins, et les relations de Kæmpfer, Lind, Chapotin, Bruce, etc., avaient démontré que le dragonneau existait, lorsque Maisonneuve fit voir à la Société de chirurgie un spécimen recueilli à Paris sur un sujet venant des pays chauds. Depuis cette époque les travaux ont été nombreux et, dans ces dernières années, on a élucidé des points intéressants de pathogénie.

Étiologie et pathogénie. — Les *conditions géographiques* dominent l'étiologie. En Asie, l'Arabie Pétrée est atteinte et c'est là que le mal a été tout d'abord observé. Mais cette région n'est pas la seule et le ver dit de Médine existe dans le Turkestan et aux bords du Gange, sans préjudice, probablement, d'autres pays encore. En Afrique, on l'a trouvé au Sénégal, au Congo, sur la côte d'Angola, en Abyssinie, dans la Haute-Égypte. Dans l'Amérique du Sud et dans les Antilles, il paraît avoir été importé par les esclaves nègres, tout comme dans l'Amérique du Nord où, dans l'État de Caroline du Sud, il a été vu par Mitchell.

Plusieurs observations ont été recueillies en Europe, toutes sur des sujets venant des pays précédents. On a bien parlé de larves de ce genre qui rendraient dangereux, à Saint-Pétersbourg, de se baigner dans les canaux de la Néva; mais ces faits, anciens déjà, n'ont pas été confirmés.

L'animal adulte est un helminthe nématode, long de 15 à 20 centimètres. Toutefois, chez un négrillon de douze ans, Peré affirme avoir extrait de la paroi abdominale une filaire longue de 2 mètres. Le diamètre atteint rarement celui d'une plume de corbeau. Régulièrement cylindrique, légèrement ridé transversalement, de couleur blanche opaque avec deux lignes demi-transparentes,

[1] Ch. T. Stambolski, *Du ver de Médine*, 2e édit. Sofia, 1896.

diamétralement opposées, l'animal a une tête effilée, munie d'une bouche orbiculaire. A l'état adulte, ce n'est guère qu'une gaine à œufs, car la femelle seule est connue et, en l'absence de toute notion sur le mâle, le mode exact de reproduction reste ignoré.

Les opinions les plus diverses ont eu cours sur le mode d'introduction de la filaire, mais les hypothèses sérieuses se réduisent à deux : l'animal pénètre directement sous la peau, ou bien, véhiculé par les boissons, il s'introduit par le tube digestif.

La première doctrine avait pour elle quelques arguments puissants. La larve habite les flaques d'eau, et voilà pourquoi les pieds sont le siège le plus fréquent de la filaire; pourquoi les indigènes qui marchent pieds nus sont nettement prédisposés. Tout comme, d'après la relation de Bruce, les porteurs d'eau hindous, qui portent l'eau sur le dos, dans des sacs de cuir, ont précisément la filaire au niveau des épaules. Cette théorie, malgré sa vraisemblance, paraît aujourd'hui inexacte. La larve habite bien les flaques d'eau, mais elle ne saurait arriver à son complet développement que si elle a subi dans le corps d'un petit crustacé aquatique, le cyclope, une de ces métamorphoses avec lesquelles les helminthes nous ont familiarisés. L'eau ingérée contient ces cyclopes, et la filaire est enfin mise en liberté dans le tube digestif.

Tels sont les faits démontrés par Fedschenko [1] sur la filaire du Turkestan et vérifiés par Forbes [2]. Pourquoi maintenant la filaire a-t-elle des sièges de prédilection? Ici on ne peut que constater le fait. Sur 181 cas, Grégor a trouvé la filaire 124 fois aux pieds, 33 fois aux jambes, 11 fois aux cuisses. Puis viennent des localisations rares : scrotum, mains, orbite, nez, langue, mamelle, aine.

Reste encore une question assez obscure, celle des relations de la filaire de Médine avec d'autres parasites analogues. On appelle *filaria coa* (d'un nom populaire à Maribon Saint-Domingue) un nématode qui se loge dans l'œil, sous la conjonctive. Cette filaire est-elle, ou non, la filaire de Médine? Les opinions sont partagées sur ce point. De même pour *filaria labialis* extraite par Pane de la lèvre d'un Napolitain, étudiant en médecine; de même encore pour cette *filaria hominis oris* trouvée par Leidy (de Philadelphie) sous la muqueuse buccale d'un enfant. Si l'on se souvient que chez les autres animaux, chez le chien en particulier, plusieurs filaires se développent, qui causent des accidents variés, on reconnaîtra que la ou les filaires humaines sont dignes de nouvelles recherches — abstraction faite de la filaire du sang, dont l'histoire zoologique et clinique est aujourd'hui bien avancée.

Symptômes. — Pendant une période de durée fort variable — jusqu'à trois ans, dit-on, — la filaire est *latente*. Puis le sujet ressent en un point une sensation prurigineuse, une douleur même, et constate en cet endroit l'existence d'une élevure. Là, le chirurgien voit une saillie tantôt allongée, d'apparence variqueuse (et l'on a parlé d'une *veine de Médine*), tantôt plus ou moins globuleuse, bombée. Dans cette saillie, l'animal, superficiel, est senti au palper, sous forme d'une petite corde sinueuse, plus ou moins enroulée. Parfois même on le voit se mouvoir, et Guyon relate l'histoire d'une négresse, venant de la côte d'Afrique, chez laquelle une filaire passait avec une rapidité surprenante d'une conjonctive à l'autre, par un tunnel sous-cutané creusé à la racine du nez.

[1] Van Beneden, art. Filaire du *Dict. des sc. méd.*, 1878.
[2] Forbes, *Lancet*. London, 1894, t. I, p. 471.

Cette période d'indolence a une durée variable; mais des accidents phlegmoneux lui font suite. La fièvre éclate pendant qu'un abcès se forme. Dans les cas les plus favorables, l'animal est éliminé avec le pus. A l'ordinaire une fistule persiste, par laquelle il passe volontiers la tête, mais pour la rentrer au moindre contact, phénomène déjà mentionné par Agatarchidès (de Cnide). Quelquefois, au bout de deux ou trois abcès le parasite est rejeté. Mais d'autres sujets ne survivraient pas à ces poussées phlegmasiques. Guénot, Clot Bey, Hemmersan, citent des cas de mort, contestés il est vrai par Cézilly. Il semble pourtant démontré que certains malades aient succombé, soit à un affaiblissement général, dans le marasme, soit au milieu de phénomènes locaux graves, d'inflammation diffuse, gangréneuse même. Quelques auteurs, parmi lesquels Benoît (de Montpellier), Davaine, admettent que cette inflammation serait due à la rupture de l'animal, les embryons mis en liberté ayant une action irritante pour les tissus dans lesquels ils se répandent. Il est probable toutefois qu'il y a une infection pyogène surajoutée.

Diagnostic. — Le diagnostic est presque toujours évident. Dans les pays infestés, on songe sans plus tarder au parasite; dans les pays indemnes, il suffit de s'informer si le sujet ne vient pas d'une zone où règne la filaire. Aux membres inférieurs, on ne s'y trompera guère. Mais pour les localisations plus rares, on se croira quelquefois en présence d'un furoncle, d'un bubon inguinal, d'une gomme de la langue, etc. Autant d'erreurs spéciales à des cas particuliers qu'il est impossible d'envisager ici. La seule chose à dire, c'est que tous les aspects sont possibles. On raconte qu'un matelot, ayant été pendant vingt mois sur les côtes de Guinée sans descendre à terre, portait au pied une lésion telle que l'amputation de la jambe allait être pratiquée, lorsque, une fois à Rotterdam, il fut pris d'abcès périmalléolaires par lesquels la filaire fit issue. Là est, en effet, le seul critérium pour les lésions mal caractérisées.

Le diagnostic une fois posé, le *pronostic* est bénin, car le traitement est efficace.

Traitement. — Le *traitement préventif* a été recommandé; on a prescrit des applications diverses, plus ou moins odorantes, sur les membres inférieurs. L'ail, l'aloès, le camphre, le poivre, le tabac, ont été administrés à l'intérieur et l'on a prétendu que l'habitude d'assaisonner leurs aliments à l'*asa fœtida*, mettait les brahmines à l'abri du mal. On ajoute peu créance en général à ces préservatifs dont quelques-uns, pourtant, ne sont peut-être pas déraisonnables, puisque nous savons maintenant que l'eau des boissons est le véhicule du parasite. Forbes conseille, en particulier, de prendre tous les trois jours un peu de soufre. Surtout on évitera de boire une eau suspecte avant de l'avoir purifiée par le filtrage et l'ébullition. Lorsqu'on croyait à la pénétration directe à travers la peau, on attribuait beaucoup d'importance à ne jamais marcher pieds nus, à éviter les bains dans les eaux infestées.

Le *traitement curatif* consiste dans l'extraction de la filaire. Si la tumeur n'est pas encore ouverte, on peut l'inciser. Si elle est ouverte, on a conseillé d'aller, par la fistule, saisir l'animal dans une anse de fil de soie et, en évitant avec grand soin toute traction brusque, d'enrouler peu à peu le fil, puis le ver autour d'un rouleau de diachylon. On arrive à peu près toujours au résultat, mais il faut s'armer de patience. On réussit parfois en une seule séance, longue de quelques heures, mais souvent il en faut plusieurs, et l'on parle même de filaires

que l'on aurait mis un mois, six semaines à enrouler de la sorte. Toutes les fois que ce sera possible, le mieux sera l'extirpation au bistouri après chloroformisation (Forbes).

S'il éclate des accidents phlegmoneux, il est indiqué de débrider largement la région et de la soumettre à des lavages ou à des bains antiseptiques.

CHAPITRE VI

TUMEURS

I

TUMEURS DES APPAREILS PILO-SÉBACÉS

Les tumeurs des appareils pilo-sébacés sont fréquentes parmi les tumeurs de la peau. Les unes se forment par un processus nettement défini, sont classées dans les *adénomes*, dans les *épithéliomes* typiques et atypiques : elles aboutissent à une forme de *cancroïde* cutané. D'autres, d'une nature encore assez obscure à certains points de vue, ont leur type chirurgical dans le *kyste sébacé*. Ce kyste est souvent associé à d'autres lésions, qui sont surtout du domaine de la dermatologie, mais qui cependant devront être indiquées, car leur connaissance est indispensable pour comprendre les discussions théoriques qui sont encore pendantes. Il faut donc mentionner le milium et le comédon.

Cornil, art. Athérome du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1867. — Virchow, *Loc. cit.*, t. I, p. 215, 1867. — P. Broca, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 73, 1869. — Tripier, art. Loupe du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1870. — Hébra, *Loc. cit.*, p. 100. — Ch. Robin, art. Sébacées du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1880, p. 395. — Cornil et Ranvier, *Loc. cit.*, t. I, p. 348, et t. II, p. 823. — F. Franke, Ueber das Atherom. *Arch. f. klin. Chir.*, 1886-1887, t. XXXIV, p. 507 et 859.

1° *MILIUM*

On appelle *milium* (ou *grutum*) un petit corpuscule arrondi, non inflammatoire, ayant la grosseur d'une pointe d'aiguille à celle d'un petit pois, ressemblant à un grain de millet, d'où son nom. Sa couleur est blanchâtre, perlée ou jaunâtre. Cette petite masse, située immédiatement sous l'épiderme, est assez souvent transparente. On ne voit à sa surface aucun orifice, et l'on croirait volontiers à une vésicule sudorale, si au toucher on ne la sentait dure, et si, en la piquant avec une épingle, on n'en énucléait une petite boule solide.

Sous le microscope, cette boule apparaît formée de cellules épidermiques sèches, concentriques. Elle est semblable à un globe épidermique d'épithélioma, mais à un de ces globes dont l'évolution serait arrêtée. Des coupes de la peau ont montré à Neumann, à Cornil et Ranvier, que ces grains siègent dans les follicules des poils follets ou dans les glandes sébacées. L'orifice excréteur est complètement oblitéré.

Malgré son analogie histologique avec les globes épidermiques, le milium a