Il est incontestable que, par toutes ces applications, on obtient des succès. De même par le raclage à la cuiller tranchante, mis en pratique par Esmarch, par Schutz. Mais bien souvent, après cicatrisation, le mal repullule sous la cicatrice. N'eût-on donc pas été mieux à l'abri de ce danger si l'on eût enlevé largement au bistouri? Si l'on intervient de bonne heure, alors que la lésion n'est pas trop vaste, cette extirpation est presque toujours facile; mais si la surface malade est très étendue, ou bien si le patient, pusillanime, se refuse à l'intervention chirurgicale, on sera trop heureux de n'être pas désarmé.

IV

CHÉLOÏDE

La chéloïde, ainsi appelée parce qu'on l'a comparée à une écrevisse aux pattes étalées, est une tumeur formée de tissu cicatriciel. On en distingue deux variétés : la chéloïde *vraie* survient spontanément; la chéloïde *fausse* est une maladie d'une cicatrice préexistante, et elle a été étudiée dans la pathologie des cicatrices. Nous aurons à nous demander, dans un instant, si l'on peut parler de spontanéité, mais en clinique on peut admettre jusqu'à un certain point cette division.

Symptômes et marche. — La chéloïde a été décrite d'une façon très complète par Bazin [1], à l'article duquel nous n'ajouterons pas grand'chose. Nous en supprimerons la *chéloïde blanche*, qui est une variété de sclérodermie.

Elle peut siéger en n'importe quelle région du corps : au cou, à la joue, à la commissure des lèvres, etc. Mais elle est le plus souvent présternale, intermammaire. Elle débute d'une manière variable, par une tache, une papule, une pustule, un tubercule. Peu à peu elle s'agrandit, parfois par coalescence d'éléments d'abord distincts, et parvient à des dimensions très variables. D'après Leloir et Vidal, souvent elle débute par plusieurs noyaux, dont la symétrie est un caractère spécial à la chéloïde vraie.

On observe alors une tumeur plus ou moins saillante, à surface souvent inégale, de forme arrondie, ovale, quadrilatère ou irrégulièrement cylindrique, comparée par Retz à du macaroni, par Alibert à un dragonneau, à une croix de Malte, pouvant présenter des lignes entre-croisées comme les barreaux d'un grillage (Gintrac), ou des renflements analogues à ceux du côlon (Burnett). Souvent de ses bords partent des tractus irradiés. Parfois des noyaux satellites s'observent autour de la masse principale. La couleur est, en général, rosée ou violacée, avec des arborisations vasculaires visibles surtout à la périphérie. A la surface de la tumeur, l'épiderme est parfois soit luisant, soit ridé, mais il ne desquame pas. Les poils sont atrophiés, mais non pas détruits. La consistance est ferme, résistante, élastique. La palpation permet de s'assurer que la tumeur reste toujours limitée aux téguments et est mobile avec eux.

Un sujet peut porter plusieurs chéloïdes.

Les *symptômes subjectifs* sont importants. Il y a, tout au moins, un prurit

[1] Bazin, art. Chéloïde du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1874. — H. Leloir et E. Vidal, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 193.

marqué, souvent intense; parfois des picotements, et même des élancements d'une vivacité extrême. Les douleurs sont quelquefois provoquées par les variations atmosphériques, par les émotions morales, par les exercices physiques un peu violents, par les approches de la période menstruelle. L'état général n'est nullement influencé.

La chéloïde n'a pas un accroissement indéfini. Au bout d'un temps variable elle devient stationnaire, et même elle peut se résorber spontanément. Cette terminaison, dont Alibert a publié deux exemples, est rare d'après Bazin. Elle peut avoir lieu au moment de la ménopause (Alibert), dont Rayer a noté, au contraire, dans un cas l'influence fâcheuse. Vallerand de la Fosse signale l'aggravation pendant une grossesse. L'ulcération est possible, mais rare (Vallerand de la Fosse, Hutchinson).

Étiologie et nature. — Vu la constance de la récidive locale après ablation, Alibert, Lebert, Vallerand de la Fosse, Velpeau, Michon, Gintrac, ont considéré la chéloïde comme une sorte de cancer. Bazin, après en avoir fait une scrofulide maligne, l'a rattachée finalement à la « diathèse fibro-plastique ». Toutes ces opinions sont reléguées parmi les conceptions reconnues erronées, mais il reste établi que l'état général a une influence réelle : les sujets sont souvent jeunes, volontiers névropathes; la femme est peut-être plus souvent atteinte; l'hérédité est notée par Alibert, Rayer, Burnett; la multiplicité est fréquente. Enfin, on ne saurait contester la prédisposition des scrofuleux. Leloir et Vidal, Denériaz, ont vainement cherché des microbes dans la masse morbide.

Mais ces causes générales peuvent-elles suffire? Il semble prouvé que non, et la chéloïde dite spontanée ne serait que la chéloïde d'une cicatrice insignifiante et souvent méconnue. Déjà Bazin insiste sur les causes externes — chocs, écorchures, plaies, pustules diverses, etc., qui « localisent » l'affection. Qu'est-ce que tout cela, sinon une série de lésions amenant d'abord une petite cicatrice? Est-il permis, de même, de ranger dans la chéloïde « spontanée » celle dont la cause est une application de sangsues, la peine du fouet, une piqûre, le frottement d'un bouton de chemise, le percement du lobule de l'oreille, la vaccination, etc.? Mais tout cela fait défaut pour la chéloïde « spontanée », la plus commune, celle de la région présternale. Eh bien, là encore, de même qu'à la nuque, on a trouvé une lésion initiale, d'ordre acnéique, et l'on a reconnu que l'on est simplement en présence d'une *acné chéloïdienne*; cette petite cicatrice dégénère au même titre que celle d'un petit furoncle. Certains auteurs des plus recommandables concluent donc que la chéloïde « spontanée » n'existe pas [1].

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques de la chéloïde ont été étudiées par Lebert et Firmin, Burnett, Robin et Lhonneur; plus récemment, par Hébra et Kaposi, Langhans, Deneriaz [2]; c'est en somme une prolifération de tissu fibreux qui comprime les glandes, mais ne les détruit pas en général, comme l'a fait voir Firmin. Mais Malassez et Landouzy [3] ont observé cet étouffement des glandes. D'après Langhans et Deneriaz, les faisceaux conjonctifs, épais, n'occupent que les parties supérieures de la couche réticulaire du derme; la couche papillaire reste indemne. Dans les tumeurs récentes, le tissu morbide

[1] Voy. Barthélemy et Colson, Note à Duhring, *loc. cit.*, p. 543. — Hutchinson, *Med. Times*, 23 mai 1885, t. I, p. 670.
[2] Denériaz, Thèse de Berne, 1887, et *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, p. 447 et 489.
[3] Malassez et Landouzy, *Bull. de la Soc. anat*, 1871, p. 61 et 65.

est riche en cellules, surtout au centre où elles sont groupées autour des débris d'un follicule pileux. Plus tard, les faisceaux de tissu conjonctif se développent, mais ce tissu reste pendant longtemps riche en espaces lymphatiques et en cellules. Kaposi pense que l'intégrité relative des follicules et des papilles à la surface de la peau permet de distinguer histologiquement la chéloïde vraie des cicatrices hypertrophiques.

Traitement. — Le traitement est celui de la chéloïde cicatricielle.

V

FIBROMES DE LA PEAU — FIBROMA MOLLUSCUM

Les fibromes de la peau ont souvent des caractères spéciaux, qui sont surtout la mollesse et la tendance à la pédiculisation. Mous, ils sont appelés *molluscum*; mous et pédiculés, ils sont nommés *molluscum pendulum*. Le molluscum est donc une variété des fibromes de la peau. Il est utile de bien spécifier ainsi le sens de ce terme, qui a servi à désigner les lésions les plus diverses.

Dans la nomenclature de Willan, le mot *molluscum* a le sens restreint qui vient de lui être donné. Mais bientôt Bateman a décrit le *molluscum contagiosum*. A partir de ce moment, ce fut à qui multiplierait les variétés : Biett, avec de petites tumeurs du cou chez les femmes enceintes; Rayer, avec un cancer mollusciforme; Alibert, avec le molluscum fongoïde, etc. Ce mélange a acquis son plus haut degré de complexité dans un travail publié par Jacobowicz en 1840. Depuis, on est peu à peu revenu à plus de simplicité. Bazin isola nettement l'acné varioliforme, mais il conserva le molluscum granuleux (milium) et le molluscum stéarique. En 1875 encore, Michel décrit trois variétés : folliculaire (acné varioliforme), fibreuse et lymphadénique. Malgré cet exemple récent, l'usage prévaut de plus en plus — et avec raison — de réserver le nom de molluscum au seul fibrome mou de la peau.

Verneuil, Note sur la structure du molluscum fibreux. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1854, p. 177; 1855, p. 183. — Vanzetti, *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1867, 2e sér., t. VIII, p. 429. — Virchow, *Loc. cit.*, t. I, p. 322, 1867. — Michel, art. Molluscum du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1875. — E. Besnier, Les dermato-fibromes. *Ann. de derm. et de syph.*, 1880, p. 205. — Duhring, *Loc. cit.*, p. 493 (bibliographie anglaise), p. 547. — Marfan, Molluscum simplex de la grande lèvre. *Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 446. — Arnozan et Prioleau, Sur les dermato-fibromes congénitaux. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1883, p. 688. — E. Boudet, Contribution à l'étude du fibroma molluscum. Thèse de Paris, 1883-1884, n° 56. — Barry, Étude clinique sur le molluscum pendulum. Thèse de Paris, 1884-85, n° 134 (traduit le mémoire de Recklinghausen). — H. Kriege, Ueber das Verhalten der Nervenfasern, etc. *Virchow's Arch.*, 1887, t. CVIII, p. 466. — Pomorski, Ein Fall von Rankenneurom, etc. *Virchow's Arch.*. 1888, t. CXI, p. 60. — P. Marie, *Leçons de clinique méd.* Paris, 1896, p. 242.

Variétés. — Ernest Besnier a divisé les fibromes cutanés en deux classes, suivant qu'ils naissent dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ceux de la peau proviennent soit des couches superficielles, soit des couches profondes du derme. A ces différences d'origine correspondraient des différences cliniques : le fibrome de l'hypoderme est une petite tumeur sphérique, plus ou moins molle et dure; le fibrome profond du derme est dur aussi, plus sessile. C'est le fibrome superficiel du derme qui est mou et qui tend à devenir pendu-

lum. Cette classification est en général exacte, mais elle est trop absolue. Il y a des fibromes mous et pédiculisés qui proviennent du tissu sous-cutané. Il ne faut donc pas abuser de ces distinctions, commodes cependant au point de vue didactique.

Anatomie pathologique. — Les fibromes durs ont la structure vulgaire des fibromes fasciculés; il est donc inutile d'y revenir. Les fibromes mous présentent au contraire quelques particularités, aussi bien anatomiques que cliniques. C'est d'eux seuls qu'il va être question. Il y en a deux variétés : le fibrome solitaire et les fibromes multiples.

Le *fibrome mou solitaire* se caractérise à l'ordinaire par son adhérence intime au derme; par sa coupe blanche ou rosée, d'où s'écoule un liquide miscible à l'eau, coagulable par les acides et la chaleur. De son pédicule partent parfois, mais non toujours, des tractus fibreux qui de là irradient dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ce pédicule sont quelques vaisseaux assez gros, mais la masse morbide est peu vasculaire. Le noyau fibreux peut être très peu de chose et la tumeur se réduire à un pli cutané, où la peau est épaissie.

Au microscope, le stroma apparaît avec les attributs du tissu fibreux. Mais les mailles en sont très larges, remplies de cellules petites, rondes ou étoilées, limitées par la charpente conjonctive du derme où les glandes, les poils sont normaux. D'après Recklinghausen, les cellules sont disposées en colonnettes cylindroïdes divisées dichotomiquement; c'est qu'elles ont leur origine le long des voies lymphatiques, et cette tumeur est un *lymphangio-fibrome*. C'est analogue, on le voit, à la conception de Virchow, qui parle de fibrome éléphantiasique. Mais Virchow réunit dans le même chapitre le fibrome et l'éléphantiasis, doctrine à laquelle on ne saurait plus souscrire aujourd'hui.

Les vaisseaux, peu abondants, ont quelquefois des parois embryonnaires, et, dans un cas de Marfan, il en est résulté une grande tendance aux hémorragies. Les accidents inflammatoires ne sont pas rares et ils entraînent une accumulation assez grande de cellules embryonnaires, que Duret et Lagrange semblent avoir eu tort de rapporter à une évolution sarcomateuse [1].

La structure qui vient d'être exposée est la plus fréquente, mais il y a quelques variétés. Ainsi Desnos [2] a vu la tumeur être formée de tissu fibreux dense; inversement, Wagner, Chambard, ont trouvé du tissu myxomateux. Dans quelques cas, enfin, des fibres musculaires lisses sont éparses dans la tumeur, et cela à peu près exclusivement pour les molluscums du scrotum, de la grande lèvre surtout. Ces faits, observés par exemple au scrotum par Trélat et Challand, et à la grande lèvre par un grand nombre d'auteurs, ont été attribués aux myomes de la peau. Ils constituent la majeure partie des myomes dartoïques. Mieux vaut (et la clinique appuie ici l'histologie) en faire des fibromes ayant entraîné des fibres lisses en raison de la structure spéciale de l'hypoderme. Parmi les faits rares, je signalerai la formation de foyers xanthomateux, notée par Chambard et Malassez, par Chambard et Gouilloud.

Des opinions diverses se sont produites sur l'*origine* de ces néoplasmes. Rokitansky les localise, au début, dans les mailles profondes du derme; Rindfleisch et Besnier, au contraire, dans le corps papillaire. Pour Virchow, pour Bazin, il faut invoquer l'hyperplasie du tissu conjonctif qui entoure les aréoles

(1) Lagrange et Duret, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 459, 487, 494.
(2) Desnos, *Molluscum fibreux. Bull. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 1872, p. 26.

graisseuses. Au dire d'Hilton Fagge et Howse, la tumeur vient du tissu connectif qui enveloppe les follicules pilo-sébacés. Il semble, en réalité, que toutes les provenances soient possibles. En 1882, Recklinghausen a repris ces questions. Il a établi des différences de structure entre les diverses régions du tissu conjonctif de la peau : dans la charpente, autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques, autour des nerfs et des glandes. D'un point à l'autre la « porosité », la vascularité, les dispositions cellulaires varient. C'est ainsi, nous l'avons déjà vu, qu'il fait du molluscum solitaire un lymphangio-fibrome. Le molluscum généralisé serait, au contraire, un neuro-fibrome.

Il existe, en effet, des observations de *molluscum généralisé*. Là les tumeurs sont multiples, pour la plupart petites. Recklinghausen a examiné deux faits de ce genre, et il affirme qu'il s'agissait de neuro-fibromes, de névromes si l'on veut désigner de ce nom toute tumeur des nerfs. Aucun auteur, en effet, n'a parlé ici de névromes vrais. Recklinghausen s'appuie d'abord sur la structure intime, semblable à celle du tissu conjonctif périnerveux. De plus, une recherche attentive permet de trouver un filet nerveux qui traverse la tumeur; et sur les ramuscules nerveux voisins le microscope révèle de petits renflements, des fibromes en miniature. Enfin, la coexistence de fibromes multiples le long des troncs nerveux des membres a été notée par Hesselbach, Hitchcok, Verneuil.

Depuis le travail de Recklinghausen, des faits confirmatifs ont été observés par Mordzejewski, Trélat, Boudet, Hurthle; des examens histologiques probants ont été publiés par Bockhardt, par Kyrieleis. Mais aussi Lahmann, Philipson [1], ont en vain cherché toute connexion avec les nerfs. On doit donc admettre, jusqu'à nouvel ordre, que ces fibromes multiples peuvent naître autour de n'importe quel élément du derme; Recklinghausen a bien démontré l'importance des fibromes des nerfs, mais on ne saurait lui accorder l'opposition absolue entre le fibrome unique et les fibromes multiples. La clinique enseigne, en effet, que dans cette dernière forme une ou deux tumeurs prennent parfois un grand accroissement, acquièrent le volume du molluscum solitaire, et quand on les enlève on leur trouve aussi sa structure.

Étude clinique. — Il faut distinguer le molluscum généralisé et le molluscum solitaire.

a. Molluscum généralisé. — La peau est couverte de tumeurs plus ou moins nombreuses, plus ou moins saillantes, arrondies, molles, indolentes. Elles siègent en n'importe quelle région; elles sont rares à la paume des mains et à la plante des pieds, mais Mordzejewski a observé cette localisation. Le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, d'une noix; les dimensions d'un œuf de poule sont rares. Les plus petites de ces tumeurs échappent à la vue, mais le doigt les sent, enchâssées dans le derme comme des grains de plomb. Un peu plus grosses, elles sont arrondies, sessiles. Plus grosses encore, elles tendent à se pédiculiser. Sur elles, la peau est tantôt normale, tantôt un peu rose, tantôt parcourue, au sommet, de fines arborisations vasculaires qui lui donnent, de loin, un aspect violacé. La consistance est variable, mais toujours molle. De ces tumeurs, les unes sont tendues, les autres flasques, comme un scrotum vide, comme un grain de raisin vidé de ses pépins, dit Bazin. Mais, en

[1] A. Philipson, *Beiträge sur Lehre von Fibroma molluscum.* In *Virchow's Archiv*, 1887, t. CX, p. 602.

prenant entre deux doigts ce petit pli cutané, on y sent un nodule central, arrondi, lobulé parfois.

Dans quelques observations, des phénomènes nerveux déposent en faveur de l'opinion de Recklinghausen. Sur un malade de Bergmann, les tumeurs étaient anesthésiques; sur un autre, de Michel, elles disparurent, laissant à leur suite des zones insensibles.

L'évolution de ces tumeurs est très lente, stationnaire dans bien des cas; l'état général reste bon. Sur quelques malades, même, elles subissent à un moment donné une régression à peu près complète, et il persiste à leur place de petites excroissances flasques. Dans certains cas, au contraire, et surtout à l'occasion de la puberté, d'une grossesse, une ou plusieurs de ces tumeurs s'accroissent et prennent l'aspect du molluscum solitaire. Sauf cette circonstance, les accidents sont nuls et le malade ne consulte guère le médecin; c'est à propos d'une affection intercurrente que plusieurs de ces observations ont été recueillies.

L'*étude étiologique* fournit quelques renseignements intéressants. Les femmes sont plus sujettes à cette affection, congénitale quoi qu'en ait dit Hardy; le récit des malades, de leurs parents est affirmatif sur ce point, et l'on remarque, en outre, que la coexistence de nævi vasculaires ou pigmentaires est fréquente. L'hérédité est incontestable chez des malades de Hesselbach, Virchow, Hecker; ou bien, les parents étant indemnes, plusieurs enfants ont été atteints (Recklinghausen, Hitchcock, Murray [1]). Hébra prétend que ces sujets ont souvent un développement physique et intellectuel imparfait; les autres auteurs, sauf Duhring, y contredisent.

b. Molluscum solitaire. — C'est le vrai *molluscum pendulum*. Il ne faut pas prendre à la lettre le terme « solitaire », car il y a quelquefois deux, trois tumeurs, mais le fait est relativement rare, sauf quand il s'agit de fibromes multiples dont quelques-uns ont pris un grand développement.

Les *sièges* ordinaires de ces néoplasmes sont la tempe, les paupières, la nuque, la poitrine et surtout la grande lèvre. Une observation de Tillaux concerne la plante du pied; une, de Michel, le conduit auditif externe.

L'*étiologie* montre que les patients sont âgés, que le sexe n'a pas d'influence. Mais, de ce que la lésion est devenue évidente à l'âge adulte, il ne s'ensuit pas qu'il faille toujours exclure toute idée de congénitalité. Plusieurs malades ont raconté à leur chirurgien que de tout temps ils s'étaient connu, sur la région affectée, un nævus pigmentaire ou verruqueux, une petite tumeur qui s'est mise à grossir. Ces faits sont, en somme, assez analogues aux fibromes multiples dont un ou deux deviennent volumineux.

Pour les molluscums réellement acquis, des lésions traumatiques sont assez souvent la cause déterminante. Le point malade a parfois été soumis à des frottements. Demarquay a relaté l'histoire d'une dame qui, brisant sous elle un vase de porcelaine, se coupa la grande lèvre : un fibrome défigura la cicatrice. Au Brésil, Tschudi et Langrand racontent que chez les nègres la moindre plaie en est facilement cause; et la race a de l'importance, si l'on en croit non seulement ces auteurs, mais aussi les observations recueillies par T. Farquhar et Tilbury Fox dans la race chinoise.

Le *molluscum pendulum* une fois constitué, l'*aspect* diffère suivant que la tumeur est arrondie ou aplatie.

[1] Murray, d'après *Gaz. hebdom.*, 1873, p. 221. Les trois enfants étaient nés d'un mariage consanguin.

La *forme arrondie* est la plus commune. La tumeur est lisse ou lobulée; elle est pédiculée et, avec le temps, pend de plus en plus. Chassaignac a fait voir en 1866 à la Société de chirurgie un malade dont le fibrome, inséré sur le haut de la poitrine, avait allongé son pédicule jusqu'à venir toucher le pubis. On conçoit combien est mobile cette masse qui oscille comme un pendule. Sur elle, la peau est normale ou pigmentée, quelquefois sillonnée de veines bleuâtres; elle est tantôt lisse, tantôt ridée, rugueuse. L'état des poils est variable; écartés, vu la distension de la région, ils sont, comme volume, normaux, hypertrophiés ou atrophiés, absents même. Les orifices des follicules sébacés sont souvent élargis, et la peau, grasse, ressemble à une passoire. La palpation démontre que cette masse est molle, fluctuante même. Ou bien la poche est mal tendue, flasque, et la consistance est celle des mamelles qui pendent flétries. On peut sentir à la pression une lobulation grenue, capable d'en imposer pour un lipome.

Dans la *forme aplatie*, on est en présence de ce que certains auteurs appellent *dermatolysis*. A la face, au cou, au tronc, s'insère un pli cutané qui tombe plus ou moins bas. La ressemblance était grande, dans un cas de Nélaton, avec un manteau vénitien qui de la nuque descendait en arrière jusqu'au sacrum, en avant jusqu'à l'épigastre. Valentine Mott [1] a vu un pli analogue aller de l'oreille à l'ombilic. On pourrait citer bien des faits de ce genre, dus à Lücke [2], Fritsche, Stokes, Wedden Cooke, etc. Un des plus célèbres est celui d'Eleonor Fitzgerald, femme vue par J. Bell : un énorme repli, long de 1m,50, naissait de l'oreille et de derrière la tête, couvrait le cou, la poitrine et l'abdomen, et tombait en bourrelets volumineux, semblables à des paquets d'intestin; quand la femme était assise, elle devait tenir sur les genoux, des deux mains, cette tumeur monstrueuse.

Pronostic, complications. — Il est inutile d'insister sur la difformité, sur la gêne mécanique. Chez les malades de Nélaton, de Marcacci [3], le poids du néoplasme a luxé l'articulation sterno-claviculaire. Mais — qu'il s'agisse de la forme arrondie ou de la forme aplatie — l'indolence est complète et les sujets ont volontiers une insouciance qui étonne. Pozzi a enlevé un molluscum pesant 11 kilogrammes et siégeant dans une région où pourtant il devait gêner, car il pendait de la mamelle à la cuisse; il avait mis dix ans à se développer. A la face même, où cependant la difformité est précoce, le volume est quelquefois surprenant : témoin les observations de Lücke, de J. Bell.

Quelques *accidents* sont cependant notés. Pour les molluscums de la grande lèvre, Marfan, Budin, signalent les congestions pendant les règles, pendant la grossesse. Les frottements répétés sont capables de produire des ulcérations par lesquelles Marfan a vu se faire des *hémorragies* graves. Les *complications inflammatoires* ne sont pas rares, et il y a là une analogie avec l'éléphantiasis. La peau devient rouge, luisante, tendue, un peu douloureuse, et, après une série de poussées de ce genre, elle reste rugueuse, mamelonnée, fissurée, quelquefois exulcérée et saignante; les ganglions correspondants sont un peu engorgés. L'abondance des cellules embryonnaires dans un cas de ce genre a fait admettre à tort par Lagrange et Duret une *dégénérescence sarcomateuse*.

(1) V. Mott, *Remarks on a particuliar form of tumor of the skin denominated pachydermocele.* In *Med. chir. Transact.*, 1854, t. XXXVII, p. 155.
(2) R. Schultze, *Ein Fall von sehr grossem Fibroma molluscum.* In *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1880, t. XIII, p. 373.
(3) Marcacci, *Di un raro esemplo di fibroma mollusco.* In *Giorn. ital. delle mal. ven.*, 1879, p. 193.

Cette dégénérescence a été constatée dans le molluscum solitaire par E. Wagner, Malassez [1], dans le molluscum multiple, par Cimmino, par Westphalen. Ou plutôt ce dernier auteur a donné ses soins à un homme de trente-cinq ans qui, atteint de neuro-fibromes cutanés multiples, succomba à un sarcome du creux poplité, probablement consécutif à un neuro-fibrome profond [2].

La *dégénérescence cancéreuse*, épithéliale ou carcinomateuse, a été constatée par Chambard sur une pièce de Trélat, par Lerefait [3]. Quoique dans ces observations la tumeur ait été enlevée avant d'avoir présenté des phénomènes cliniques spéciaux, ces constatations anatomiques, jointes à la possibilité de la transformation sarcomateuse, doivent conduire à quelques réserves pronostiques.

Sauf ces complications rares, le pronostic est bénin. Il dépend avant tout du volume de la tumeur et des difficultés opératoires qui en résultent. Après ablation, ces tumeurs ne récidivent pas.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel n'est pas à débattre. Les diverses lésions cutanées appelées molluscum ne se ressemblent que par le nom, et il serait superflu de résumer ici les caractères de l'acné varioliforme, de la lymphadénie cutanée. La description des myomes cutanés viendra plus loin.

Pour les molluscums généralisés, on doit se demander s'il ne s'agit pas de neuro-fibromes et l'on doit examiner avec soin tous les troncs nerveux accessibles à la palpation.

Pour le *molluscum pendulum* volumineux à consistance grenue, la sensation ressemble assez à celle d'un *lipome*. Or le lipome, lui aussi, peut se pédiculiser, devenir vraiment pendulum [4]. Le diagnostic n'en est guère possible. Cette erreur, rare il est vrai, n'a d'ailleurs aucune importance pratique.

Traitement. — Le seul traitement de ces tumeurs est l'ablation.

L'extirpation des tumeurs solitaires et volumineuses est absolument indiquée. On a dit qu'après l'ablation des grosses masses au bistouri, les érysipèles, les lymphangites ont une grande fréquence; ces fibromes éléphantiasiques ressembleraient ici encore à l'éléphantiasis. Aussi a-t-on préconisé le fer rouge, et récemment encore Pozzi a usé de la ligature élastique. Mais depuis l'emploi des méthodes antiseptiques on doit recourir exclusivement au bistouri, et les succès se sont multipliés, même pour les molluscums énormes qui, jusqu'à ces dernières années, donnaient une grande mortalité. Certains fibromes diffus ne peuvent pas être enlevés entièrement, on en excise alors des fragments en forme de quartier d'orange et l'on suture les lèvres de la plaie. Plusieurs opérations de ce genre ont été conduites avec succès, à la face surtout.

Lorsqu'on se trouve en présence de fibromes cutanés généralisés, l'abstention est la règle. Il y a toutefois quelques indications opératoires : on enlèvera les tumeurs qui tendent à s'accroître et celles qui sont cause d'une difformité.

(1) Malassez, *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 25, 87, 145, 151.
(2) Westphalen, *Virchow's Arch.*, 1887, t. CX, p. 29. — Cimmino, *Giorn. ital. delle mal. ven. e delle pelle*, mars 1891, p. 28.
(3) Outre la thèse de Lerefait, Thèse de Paris, 1884-1885, n° 133, consultez sur ce point spécial : Schmidt, *France méd.*, 1879, p. 481; Obs. de Trélat, exam. histologique par Chambard, *Arch. de phys.*, 1879, p. 330. — Chambard, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1883, p. 61.
(4) Decaisne, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 363. — Bailly (de Chambly), *Ibid.*, 1886, p. 424.