VI

TUMEURS DIVERSES

Myomes. — Les myomes de la peau présentent d'assez nombreuses analogies avec les fibromes. Eux aussi sont de deux espèces : multiples et solitaires.

Des *myomes multiples* ont été trouvés par Verneuil, en 1858, sur un cadavre de l'École pratique [1]. Il y a quelques années, E. Besnier [2] a observé une femme qui en était atteinte et portait, à côté de taches arrondies, rosées, à peine saillantes, de petites tumeurs différant du molluscum proprement dit surtout par une consistance plus grande. Une de ces tumeurs fut enlevée, et Balzer y trouva des fibres lisses, un peu de tissu conjonctif et quelques filets nerveux. En 1858, Verneuil avait vu, à côté de ces éléments et de quelques glandes sébacées et sudoripares, des fibres striées analogues à celles du cœur. Depuis que Besnier a attiré l'attention sur la consistance spéciale de ces myomes, parfois confondus avec le molluscum fibreux, le diagnostic exact a été posé, avant l'examen histologique, sur des malades dont l'observation a été publiée par Arnozan et Vaillard, par Brigidi et Marcacci [3].

Les *myomes isolés* ont plus d'intérêt pour le chirurgien. On les a rencontrés dans toutes les régions du corps : à la face palmaire de la main ou des doigts (Lumnitzer, Axel Key), à la cuisse (Santesson). Mais la plupart du temps ils occupent (et là plusieurs tumeurs voisines peuvent coexister) les régions où un plan musculaire lisse double la face profonde de la peau. Ces « régions dartoïques » sont le scrotum, la grande lèvre, l'aréole du mamelon. A la mamelle, on cite les observations de Virchow, de Klob, de Sokoloff; au scrotum, celles de Forster, de Trélat et Challand [4]. J'ai déjà fait allusion aux myomes de la grande lèvre à propos du molluscum de cette région. Une discussion surgit, en effet, pour ces *myomes dartoïques*, et il s'agit probablement de molluscums fibreux auxquels se sont mêlées des fibres musculaires lisses, en raison de la structure même de la région.

Les myomes chirurgicaux constituent des tumeurs qui tendent à se pédiculiser et sont à peu près identiques au molluscum fibreux. Dans quelques observations cependant, pour les myomes dartoïques, on signale un symptôme qui permet d'établir le diagnostic. La tumeur réagit au froid, aux irritations diverses, à l'électrisation par une rétraction évidente.

Certains petits myomes sous-cutanés, non pédiculisés et durs sont une des variétés du tubercule sous-cutané douloureux. Des observations de ce genre ont été publiées par Billroth, par Jardet [5] et surtout par Malherbe et son élève Harel.

A côté de ces myomes réellement cutanés et sous-cutanés, je signalerai ceux qui, venus des parties profondes, font saillie à la peau. Le fait a été parfois observé à la région ano-périnéale, et, dans une pièce disséquée par Marcano [6],

(1) Verneuil, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858, p. 373.
(2) E. Besnier, *Les dermato-myomes. Ann. de dermat. et de syph.*, 1880, p. 25, et 1885, p. 321.
(3) G. Phélisse, Thèse de Paris, 1886-1887, n° 38. — Lukasiewicz, *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1892, p. 33.
(4) Challand, *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 149.
(5) Jardet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 244.
(6) Marcano, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 388.

un myome sous-cutané de cette région tirait son origine des aponévroses périprostatiques. En pareille occurrence, un toucher rectal soigné permettrait de sentir un pédicule profond.

Xanthome [1]. — Le xanthélasma est une lésion cutanée qui intéresse avant tout le dermatologiste, mais qui peut cependant former de véritables tumeurs, justiciables de l'ablation et par conséquent du chirurgien. Ce « xanthélasma tubéreux », comme l'appelle Hardy, succède le plus souvent aux plaques et aux tubercules du xanthélasma des coudes, des genoux, des points soumis aux pressions. Ces tumeurs, parfois hypodermiques, péri-tendineuses et périostiques, sont capables d'acquérir le volume d'un œuf de poule. Leur surface est plissée, gaufrée, lobulée; leur couleur est quelquefois jaune de chrome (Carry). Elles peuvent se pédiculiser. La consistance est assez ferme, cartilagineuse même (Brachet et Balzer). Chambard et Gouilloud ont observé la dégénérescence xanthomateuse d'un fibrome molluscum.

Anatomiquement, on se trouve en présence d'une masse conjonctive d'autant plus dense qu'on se rapproche davantage du centre. A la périphérie, on voit des amas de cellules embryonnaires qui subissent une dégénérescence graisseuse spéciale et finalement s'atrophient, si bien qu'il ne reste plus que de la graisse libre, en gouttelettes ou en cristaux. C'est une tumeur bénigne.

On ignore la cause de cette affection. On a invoqué l'arthritisme; Potain a parlé d'une combustion incomplète des matières grasses, sous l'influence de lésions hépatiques; Balzer a cru, à un moment donné, qu'il fallait incriminer des microbes. Tout cela reste à l'état d'hypothèses. Il est constant que souvent ces tumeurs atteignent les enfants, sont même parfois congénitales.

Le xanthome en tumeurs sera parfois traité par l'extirpation.

Dégénérescence colloïde du derme. — C'est une affection rare, signalée en 1866 par Wagner sous le nom de *colloïd milium* et décrite plus récemment par E. Besnier, Balzer, H. Feulard [2]. Elle occupe la face sous forme de petites élevures jaunes, peu saillantes, luisantes, du volume d'une tête d'épingle à un grain de mil, formant par places, par leur confluence, de véritables plaques. La maladie débute par des éléments discrets, sur les pommettes, et s'étend peu à peu. Elle peut gagner les oreilles, les conjonctives. Elle est indolente et ne s'accompagne d'aucun accident général.

L'*examen histologique* montre que l'épiderme est normal ou un peu aminci. Toujours il reste séparé de la masse colloïde par une mince couche de tissu conjonctif. La dégénérescence colloïde atteint les faisceaux conjonctifs et un peu les parois vasculaires; elle siège surtout entre les follicules pilo-sébacés, mais les organes glandulaires restent sains. Ces masses colloïdes sont contenues dans de petites loges bien circonscrites. On s'est demandé si la cause première n'est pas un trouble vasculaire. En réalité, la cause est inconnue.

Le *traitement* consiste à racler le tissu morbide avec la curette tranchante.

Lymphangiome. — Le lymphangiome de la peau est rare. Hébra et Kaposi,

(1) Feulard et Wickham, art. Xanthome du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1889. — Hallopeau, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1893, p. 934.
(2) Wagner, *Arch. der Heilkunde*, 1866, t. VII, p. 463. — E. Besnier, *Gaz. hebd.*, 1879, p. 645, et *Ann. de dermat. et de syph.*, 1879-1880, t. X, p. 461. — Feulard et Balzer, *Ann. de dermat.*, 1885, p. 343.

puis plus récemment Pospelow [1], ont décrit un lymphangiome tubéreux multiple caractérisé par des tubercules nombreux, gros comme un pois à un haricot, ovalaires ou arrondis, rouge brun, luisants, quelque peu transparents, lisses, plats, légèrement saillants, fermes, élastiques, un peu douloureux à la pression sous laquelle ils pâlissent; ils sont mal limités, et situés juste sous l'épiderme, font corps avec le derme. Pospelow insiste sur ce siège et sur la transparence. Dans les deux observations connues, l'affection était congénitale.

L'évolution est lente et bénigne; l'état général reste bon. Des fragments ayant été enlevés et examinés au microscope, les dilatations lymphatiques du lymphangiome ont été constatées.

Névromes. — Des névromes de la peau ont été décrits par Duhring (1873), par Kosinski (1874) [2]. Dans l'observation de Duhring il s'agit de petites tumeurs multiples qui commencèrent à se produire, au niveau des épaules, chez un homme de soixante ans, et quatre ans après survinrent des crises douloureuses pour lesquelles T.-F. Maury en vint à réséquer le plexus brachial, et les tumeurs diminuèrent. L'examen de quelques tumeurs enlevées a démontré qu'il s'agissait de névromes amyéliniques, avec tissu fibreux abondant. L'observation de Kosinski vise des névromes amyéliniques multiples qui occupaient la fesse et la face postérieure de la cuisse chez un homme de trente ans, malade depuis l'âge de seize ans. A la pression, des douleurs naissaient, irradiées en tous sens. La résection du nerf petit sciatique amena rapidement une disparition presque complète des tumeurs. Ces observations ne permettent pas de contredire aux réserves de Quénu sur les névromes périphériques.

VII

TUBERCULES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

On appelle tubercules sous-cutanés douloureux des tumeurs de nature variable, qui se caractérisent par une douleur d'une intensité telle, qu'elle devient le caractère clinique dominant. On a reproché au nom de « tubercule » d'éveiller, étant donné le langage médical actuel, une idée de spécificité qui n'a absolument rien à voir ici, et on a dès lors proposé de dire tumeurs sous-cutanées douloureuses. Le nom emprunté à la nomenclature willanique a toutefois l'avantage de mettre immédiatement en relief le fait que la tumeur est presque toujours petite. Dès le début, dans la définition même, il est utile d'affirmer qu'il s'agit d'un tout clinique et non d'une entité anatomique et il faut conserver cette dénomination symptomatique, proposée par Wood dès 1812.

Avant Wood, quelques auteurs avaient été frappés par les symptômes si remarquables de ces productions, et avaient même voulu les expliquer par la nature du néoplasme. Cheselden avait donné une description assez vague de ces *tumeurs squirrheuses*; Camper avait été un peu plus précis sur ces tumeurs qui siègent, à son sens, dans la *tunique des nerfs*. Marc-Antoine Petit, de même, en un « Discours sur la douleur » prononcé en 1799, avait insisté sur ces *ganglions nerveux*. La conception de Wood répond bien mieux à la réalité des faits, aussi a-t-elle triomphé, quoique plus tard Dupuytren ait soutenu la nature cancéreuse de ces productions qu'il appelle *tumeurs squirrheuses enkystées*. La nature quelconque du néoplasme a été peu à peu démontrée par Wilmot, Paget, Fock, P. Broca, Virchow, etc., et depuis cette doctrine, maintenant classique, a été, de temps à autre, étayée par quelques observations nouvelles.

[1] Pospelow, *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1879, p. 521.
[2] Duhring, *Loc. cit.*, p. 683. — Kosinski, *Centralblatt f. Chir.*, 1874, n° 16, p. 241.

Bérard et Denonvilliers, *Compendium*, etc., t. II, p. 14, 1851. — Fock, Zur Diagnose der schmerzhaften Geschwülste. *Deutsche Klinik*, 1855, p. 10. — Labbé et Legros, Étude anatomo-pathologique de trois cas de névromes. *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1870-1871, t. VII, p. 171. — Virchow, Névromes, *Loc. cit.*, t. III, p. 929, 1871. — Richard, Étude sur le tubercule sous-cutané douloureux. Thèse de Paris, 1874, n° 77. — Bouchage, Étude sur les symptômes du tubercule sous-cutané douloureux. Thèse de Paris, 1874, n° 74. — Chandelux, Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux. *Arch. de phys.*, 1882, 2e sér., t. IX, p. 659. — Terrillon, Angiome sous-cutané douloureux. *Progrès méd.*, 1884, p. 983. — L. Beurnier, Étude historique et critique sur la nature anatomique des tubercules sous-cutanés douloureux. *Arch. gén. de méd.*, 1884, t. II, p. 402.

Description clinique. — Les tubercules sous-cutanés douloureux ont été vus dans toutes les régions du corps. Ils ont une certaine prédilection pour les zones péri-articulaires; ils sont assez fréquents à la mamelle. Mais leur lieu d'élection est la jambe.

La tumeur est le plus souvent unique. Siebold, pourtant, en a vu deux à la région intermalléolaire antérieure; Wood en a compté trois sous les téguments de la fesse, et Marjolin en a enlevé plusieurs dans la peau cruro-scrotale.

La *douleur* est le symptôme dominant. D'après les auteurs du *Compendium*, elle précède ordinairement, de longtemps, le développement de la tumeur. Le fait est possible, mais on aurait tort d'en exagérer la fréquence. Wood a vu un fibrome devenir douloureux après dix-sept ans d'existence, et, d'après Follin, cette période indolente du néoplasme est la règle. Puis la douleur survient, légère d'abord, éveillée par la pression, plus tard éclatant sous des influences minimes, sans cause connue même. Suivant les cas, elle est au début médiocre, constituée par des élancements modérés, ressentis à intervalles variables, et elle s'aggrave peu à peu; ou bien elle atteint dès la première fois son apogée.

La douleur de la maladie confirmée vient par accès. Elle naît d'un point circonscrit, toujours le même, et de là elle irradie vers la périphérie des membres, plus rarement vers le centre, ou dans les deux sens à la fois. Ici, cette irradiation n'a rien de fixe; là elle suit, au contraire, un trajet nerveux déterminé : Béclard père a souffert d'un tubercule sous-cutané causant une névralgie toujours localisée au saphène interne. L'accès dure de quelques minutes à plusieurs heures. Il arrache des cris, se termine même parfois par une syncope. Pendant les souffrances, les muscles de la région sont en spasme réflexe.

Les accès, d'abord rares, se rapprochent de plus en plus, et finissent par devenir fréquents, par éclater même plusieurs fois par jour. Assez souvent on leur découvre une cause déterminante : pression, choc, frottement. Chez certains sujets il suffit d'un simple contact des vêtements, du moindre mouvement, du plus léger attouchement, pour exciter cette sorte de point électrique. Ou bien, sans incitation directe de la tumeur, la crise se déclare à l'occasion d'un changement de temps : la neige, les orages, le froid vif et soudain ont parfois une action évidente. Ailleurs, c'est d'une émotion morale, d'une colère que relève la crise. Ailleurs enfin, toute cause nous échappe.

Sous l'influence de ces causes si banales, insignifiantes, nulles même, les

sujets en peuvent arriver à un état douloureux presque continu. Privés de sommeil, de gaieté, ils perdent l'appétit, maigrissent, deviennent volontiers hypochondriaques, et ces complications générales ne sont pas les seules. Dans un instant, à propos du diagnostic il va être question de deux femmes chez lesquelles le tubercule sous-cutané douloureux était l'origine d'une épilepsie réflexe; une d'elles, même, en était venue à un état mental des plus défectueux.

Les symptômes sont donc ceux d'une névralgie à répétition, et, dans les cas les plus graves, ceux de l'épilepsie. L'*examen local* seul permet le *diagnostic*.

Cet examen doit porter sur la région qui est le point de départ constant de la névralgie. L'attention est parfois attirée, mais rarement, par quelque œdème, quelque rougeur. En règle générale, le palper seul fournit des renseignements, et il faut ajouter que, presque invariablement, c'est le malade lui-même qui le pratique pour la première fois et met le doigt du chirurgien sur la cause du mal. Rien de plus facile à sentir, en effet, que cette petite tumeur arrondie, dure, roulant sous le doigt, mobile sous la peau et sur l'aponévrose, sauf dans quelques cas de date très ancienne. On constate souvent que les pressions un peu intenses sont bien supportées, tandis qu'un frôlement éveille un accès.

Ces constatations sont absolument caractéristiques, et dès lors on peut affirmer que l'erreur de diagnostic exige un examen insuffisant. Or, il ne faut pas oublier que l'exactitude du diagnostic est indispensable pour établir un traitement efficace. Portal a prescrit sans succès les remèdes les plus divers à une épileptique dont l'aura partait toujours du pouce; son élève, le citoyen Ledru, trouva en ce point un « durillon » très douloureux, l'extirpa, et la malade guérit. En 1720, Short fut consulté par une femme de trente-huit ans que douze ans d'épilepsie, à crises fréquentes, avaient conduite à la stupidité. L'aura partait de la jambe. Pendant l'interrogatoire, la malade fut prise d'un accès. Dans l'état de mal, Short examina le point incriminé de la jambe, n'y sentit rien, et néanmoins y plongea, de confiance, son bistouri. Il enleva ainsi un petit corps dur, gros comme un pois, attenant à un nerf qu'il coupa. L'accès cessa sur-le-champ, et depuis il n'en fut plus question.

Ainsi, l'analyse exacte des symptômes doit conduire à un examen local qui permet d'affirmer l'existence d'un tubercule sous-cutané douloureux. Mais est-il possible d'aller plus loin et de déterminer la nature de cette tumeur? Cette partie du diagnostic est aujourd'hui reléguée au second plan, car l'anatomie pathologique va nous enseigner que cette nature est absolument variable. D'autre part, si ces néoplasmes divers ont parfois des caractères extérieurs spéciaux, capables de conduire à un diagnostic précis, le plus souvent il n'en est pas ainsi et la nature du néoplasme reste dans le doute.

Anatomie pathologique. — Le tubercule sous-cutané douloureux est une petite tumeur arrondie, occupant le tissu *sous-cutané*, où elle est *enkystée*, ne s'accompagnant d'aucune réaction inflammatoire.

Mais il ne faudrait pas abuser de ce siège sous-cutané. Il y a longtemps déjà, Fock a publié une observation où les douleurs avaient pour cause une tumeur du périoste tibial. J'ai communiqué à Beurnier un fait que j'ai recueilli en 1882, pendant mon internat chez le professeur Guyon. Sur une femme d'une cinquantaine d'années, une tumeur grosse comme une noix (ce volume déjà n'est pas la règle), siégeant vers le haut du muscle grand oblique de l'abdomen, s'accompagnait de crises douloureuses caractéristiques. Or, en faisant contracter le

grand oblique, on notait que la tumeur, fixée, lui adhérait, fait constaté pendant l'extirpation et vérifié par l'examen histologique.

La masse principale de la tumeur, dans ce cas, était d'ailleurs formée de tissu fibreux. A ce point de vue donc, cette observation rentre dans la règle, car il semble bien que les *fibromes* soient la variété la plus fréquente des tubercules sous-cutanés douloureux. Mais, à côté d'eux, il faut certainement faire une place au *myxome*, au *lipome* (Broca), au *fibrochondrome* (J.-H. Bennet), au *myome* (Billroth) [1], au *sarcome* (Paget, Verneuil). Dans les thèses de Gaeches (1876), de Marquis (1876), on trouvera des exemples de *tumeurs glandulaires* : adénomes, kystes sébacés. Enfin, les *angiomes*, signalés depuis longtemps par Schuh, se sont multipliés, grâce aux observations de Trélat, Monod, Beurnier, Terrillon, etc. Après les fibromes, ils semblent avoir une fréquence spéciale.

Ainsi, rien de spécial dans la nature de ces tumeurs, et, sans tenir compte des rares faits de sarcome, on a renoncé à l'opinion de Cheselden, de Dupuytren, pour qui la vivacité des douleurs était un signe de malignité, si bien que Dupuytren décrivait une période ultime d'ulcération et de cachexie : personne n'a, depuis, rien vu de semblable.

Il y a quelques années, on avait cru que les tubercules sous-cutanés étaient le plus souvent des névromes. Cette opinion est celle de Tripier, qui ajoutait un cas personnel aux relations histologiques de Virchow, de Labbé et Legros. Mais depuis cette fréquence n'a pas été vérifiée, et les analyses microscopiques les plus récentes ont prouvé que cette variété est en réalité rare.

Mais ne pourrait-on pas expliquer autrement l'existence des douleurs? Ces tumeurs n'auraient-elles pas des connexions spéciales avec les nerfs? Elles ne sont pas des névromes vrais, mais ne seraient-elles pas des névromes faux, c'est-à-dire des tumeurs des nerfs? C'est l'hypothèse, ancienne déjà, de Camper, d'Antoine Petit. Elle a pour elle certains faits positifs. Camper a enlevé un tubercule qui adhérait à une branche du musculo-cutané; Descot, élève de Béclard, affirme que la dissection révèle souvent des connexions de ce genre; Swan, enlevant une tumeur de la jambe, vit qu'un nerf se ramifiait entre elle et la peau. Les relations avec les nerfs démontrables par la dissection sont rares; elles ont été vainement cherchées par Velpeau, Paget, Fock; mais depuis, le microscope a permis de saisir des relations qu'autrefois on méconnaissait, et, d'après Chandelux, si l'on ne voit pas toujours des rapports entre la tumeur et des éléments nerveux, c'est que les préparations sont défectueuses.

Peut-être ne faut-il pas admettre une semblable constance, mais en tout cas ces constatations histologiques, quoi qu'en pense Chandelux, ne suffisent pas à expliquer l'irritabilité douloureuse spéciale de ces tumeurs. Il est bien connu en effet que nombre de tumeurs des nerfs ne présentent pas une symptomatologie analogue; c'est probablement l'examen de l'état général du sujet qui fournit la solution du problème.

Étiologie. — Malgré Camper, tout le monde est d'accord pour affirmer que la fréquence est bien plus grande chez la *femme* : la statistique de Paget donne 23 femmes contre 5 hommes. Les sujets ont de trente à soixante ans. Les

[1] A. Malherbe (de Nantes) pense que le *myome* est la variété la plus fréquente. Il a inspiré sur ce point les thèses de Harel (Thèse de Paris, 1881, n° 174), et de P. Roy (Thèse de Paris, 1892-1893, n° 5). Il a communiqué des faits de ce genre au *Congrès français de chirurgie*, 2e session, 1886, p. 533.

femmes sont souvent aux environs de la *ménopause*. Sur certaines, la *grossesse* joue un rôle évident, et sur une malade de Bisset une tumeur de la jambe fut douloureuse à quatre reprises différentes, pendant quatre grossesses.

Les causes qui viennent d'être énumérées font soupçonner qu'il faut tenir compte de la *névropathie du sujet*. En examinant les malades, on constatera presque toujours qu'ils sont d'une irritabilité nerveuse exagérée, et l'on arrivera à cette conclusion, nettement formulée par Paul Broca, que ce n'est pas la tumeur qui est irritable, mais le malade.

Il ne faut donc pas admettre sans restriction les données étiologiques accumulées dans les traités anciens. Que les accidents, chez les malades de Cabaret, de Wilmot, de Hall aient succédé à une chute, à une piqûre d'épine ou d'alène, personne ne songe à le nier. Mais on doit penser que la blessure, agissant sur une tumeur préexistante, a été cause déterminante et non efficiente. De même pour l'action du froid humide. Autrefois on citait, comme fort probante, l'observation de Béclard père : interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, il habitait une chambre fort humide; il souffrit bientôt d'un tubercule douloureux à la jambe; il obtint un logis plus sain, et les douleurs cessèrent; la tumeur disparut même. Mais il ne faut pas oublier que le même Béclard, plus âgé, eut sous le menton un furoncle dont la cicatrice resta pendant fort longtemps douloureuse. Le contact du rasoir en faisait partir des irradiations névralgiques s'étendant au cou, à la poitrine. N'est-ce point là une preuve que le sujet était névropathe?

Traitement. — Cela étant, on serait peut-être disposé à insister sur le *traitement général* par les narcotiques, par les antinévralgiques. On a obtenu ainsi quelques succès; tel Dupuytren, sur une femme qui refusa de se laisser opérer d'un tubercule au côté postéro-interne du genou. Mais presque toujours la thérapeutique médicale échoue. Il en est de même de la *névrotomie*.

Le seul traitement efficace est l'*extirpation*, car aujourd'hui personne ne songe plus à la destruction par les caustiques. L'énucléation à travers une petite incision est d'une simplicité extrême. On cherchera toujours la réunion immédiate, sans drainage. Après l'extirpation, il persiste pendant quelque temps un peu de sensibilité de la région, puis tout cesse. Le pronostic est excellent, car l'opération est bénigne et efficace. Si on a parlé de récidive, c'est probablement qu'une tumeur voisine, inaperçue, est devenue douloureuse à son tour.

Si le malade refuse absolument l'opération, on le soulagera par un *traitement palliatif*. On appliquera sur la région douloureuse une plaque percée d'un trou, dans l'aire duquel sera la tumeur, soustraite ainsi aux frottements extérieurs. Au reste, on aura rarement à conseiller le port d'un semblable appareil, car les malades que stimule la peur du bistouri ont vite fait de l'inventer.

VIII

NÆVI PIGMENTAIRES CONGÉNITAUX

La peau est le siège d'excroissances, de pigmentations, de vascularisations anormales, toutes englobées par le médecin dans les *nævi materni*; par les mères dans les *signes* et les *envies*. Les taches et tumeurs vasculaires sont étudiées parmi les angiomes. Je n'ai donc à parler que des *nævi pigmentaires*.

Ces nævi se présentent sous deux aspects : des taches, des tumeurs.

Les *taches pigmentaires congénitales*, *nævi spili* des anciens, occupent surtout la face, puis le cou, le dos des mains. La forme et le nombre sont des plus variables. De même les dimensions : la tache, parfois large comme une lentille, peut couvrir une moitié de la face, presque tout un membre même, dit Rayer. La couleur varie du jaune au noir; quelquefois elle devient plus foncée pendant les premières années de la vie, puis s'atténue chez l'adulte, mais la décoloration complète est rare. La surface est lisse ou rugueuse, verruqueuse même. Sur cette tache s'implantent quelquefois des poils soyeux, à bulbes saillants.

On ignore complètemeut les causes de cette difformité. Peut-être faut-il faire intervenir le rôle trophique du système nerveux. Hébra, Simon, Bärensprung, Campana ont remarqué que les pigmentations faciales répondent parfois au trajet d'un nerf. Des constatations analogues ont été faites pour les nævi verruqueux et papillomateux des membres. On ne s'étonnera pas que l'imagination populaire se soit donné libre carrière pour expliquer ces productions : envies et frayeurs maternelles, tout y a passé, et Hébra nous raconte qu'on a invoqué l'intervention sexuelle d'un chien danois pour expliquer comment un homme, idiot et épileptique, avait pu naître avec le corps tacheté.

Les *tumeurs pigmentaires*, auxquelles on réserve en général le nom de *signes*, relèvent, elles aussi, de causes inconnues. Peut-être les femmes sont-elles plus souvent atteintes. La face est le siège de prédilection. Elles sont quelquefois multiples, en général peu saillantes; leur couleur est très variable, mais volontiers assez foncée; à leur sommet s'implante une touffe de poils longs et frisés.

Les inconvénients sont presque toujours nuls; et même souvent, en certaines régions privilégiées tout au moins, ces « grains de beauté » sont considérés comme un ornement, dont le porteur, la porteuse surtout, ne désire nullement le sacrifice. Quelquefois cependant ce sacrifice devient utile, lorsque des masses lipomateuses se développant dans le nævus viennent constituer une véritable tumeur, parfois très volumineuse. Walther, Larcher, signalent cette évolution. L'ablation peut même être nécessaire, urgente, car dans quelques cas, rares heureusement, le signe dégénère en mélano-sarcome.

CHAPITRE VII

MALADIES DES ONGLES

I

ANOMALIES CONGÉNITALES ET DIFFORMITÉS

Les *anomalies congénitales* : absence, hétérotopie, *pterygium unguis*, ne seront que nommées pour mémoire.

Les *difformités acquises* présentent un peu plus d'intérêt, et je mentionnerai : 1° les anomalies de régénération; 2° l'onychogrypose.