

de destruction moléculaire. Les perforations de la peau se réunissent ainsi et laissent une ouverture plus ou moins large. Enfin le fond de la plaie se recouvre de bourgeons charnus, et la cicatrisation s'opère soit par la formation directe d'une couche épidermique, soit par la réunion des bourgeons charnus. Il résulte de là une cicatrice déprimée, irrégulière, brunnâtre, quelquefois traversée par des brides qui gênent les mouvements ou donnent aux parties une position vicieuse.

La situation de la tumeur entraîne souvent des symptômes de voisinage. Ainsi l'anthrax qui siège au-devant du cou peut amener de la difficulté à respirer et à avaler, par la compression de la trachée et de l'œsophage, ou du gonflement de la face et de la pesanteur de tête par son action sur les veines jugulaires. L'anthrax des parois de la poitrine gêne la respiration et peut être la cause d'une pleurésie par propagation; celui de la paroi abdominale rend la respiration et la défécation difficiles. La tension et la sensibilité du ventre, jointes à quelques nausées, ont pu faire croire dans certains cas au développement d'une péritonite.

L'anthrax, tumeur solitaire, s'accompagne assez souvent de furoncles qui se développent à une petite distance de ses limites. On voit d'autres fois un érysipèle prendre naissance autour d'un anthrax; mais la plus terrible complication de cette maladie, c'est l'infection purulente qui s'annonce par des frissons suivis de sueurs, etc. Un des cas de pyohémie les plus étendus que j'aie observés avait eu pour origine un anthrax de la paroi abdominale antérieure, gros comme un œuf de poule. On pouvait suivre très-distinctement, à partir de cet anthrax, des veines enflammées et remplies de pus.

Quelquefois les malades succombent à une sorte d'infection putride, mais la physiologie pathologique de cet état est encore mal étudiée.

ÉTIOLOGIE. — Nous connaissons peu les causes de l'anthrax. Cette affection, plus fréquente chez les enfants et les vieillards que chez les adultes, paraît se développer surtout chez des individus nourris par des aliments de mauvaise qualité, ou qui ne suivent aucune des règles de la propreté et de l'hygiène. C'est aussi une maladie qui n'est pas rare chez les personnes qui font des excès de table, chez les diabétiques, enfin chez les individus d'une constitution épuisée, ou à la fin d'une affection grave, comme phénomène critique. L'anthrax paraît être plus fréquent en automne et en été qu'en hiver.

DIAGNOSTIC. — L'anthrax ne pourrait être confondu qu'avec la *pustule maligne* déjà arrivée à un certain développement, mais on aurait alors pour se guider dans ce diagnostic l'induration œdémateuse et l'absence de suppuration de la tumeur charbonneuse.

PRONOSTIC. — Il est toujours grave tant que la marche de la maladie n'est pas arrêtée. La mort peut être produite par la seule action de l'anthrax sur des organes importants à la vie, comme à la région cervicale par exemple; elle peut aussi être la conséquence de la pyohémie ou d'une sorte d'infection putride et progressive des liquides de l'économie.

TRAITEMENT. — L'anthrax qui n'a pas une grande étendue doit être traité comme un furoncle, mais l'anthrax à large base exige une médication plus active. C'est à tort, selon nous, qu'on abandonne aux seuls efforts de la nature ces vastes anthrax du cou ou du dos qui ont trop souvent une terminaison funeste, et c'est une erreur de considérer ces tumeurs comme des phénomènes critiques qu'on doit respecter, car ils servent de point de départ à des accidents phlébitiques qui entraînent encore assez souvent la mort.

Cette affection doit, dès son début, être traitée très-activement *intus* et *extra*. Il faut pratiquer tout de suite sur l'anthrax une large incision cruciale qui comprenne toute l'épaisseur de la tuméfaction, puis attaquer le foyer de la lésion par une cautérisation énergique. Si l'on avait à traiter un anthrax large et accompagné de phénomènes typhoïdes, on devrait, quand la région le permet, employer vigoureusement le fer rouge. On pourrait ainsi éteindre dans la tumeur un certain nombre de cautères. Si l'on ne croit pas devoir user du fer rouge, on peut introduire dans l'épaisseur de l'anthrax incisé des flèches d'une pâte sèche au chlorure de zinc; nous en avons obtenu les meilleurs résultats. On peut encore, à défaut de cette préparation, toucher solidement l'intérieur de l'anthrax avec un bâton de potasse caustique.

Cela fait, on doit s'occuper du traitement général. Les purgatifs salins unis à un régime tonique sont la base de ce traitement. Il est quelquefois convenable de débiter par un éméto-cathartique. On engagera le malade à faire usage d'une alimentation peu abondante, mais réparatrice; on lui prescrira de boire de l'eau vineuse comme tisane habituelle, et aux repas on y ajoutera une petite quantité de vin généreux.

Lorsque l'anthrax est à sa première période et que l'incision et la cautérisation ont été faites, on peut panser la partie avec des cataplasmes composés de poudre de quinquina et de vin; plus tard, quand la suppuration existe, il faut faire dans l'anthrax des injections toniques et détersives, de façon à éviter la stagnation du pus et à détacher le plus promptement possible les lambeaux gangrenés du tissu cellulaire. On pansera alors la plaie avec quelque onguent excitant, et lorsque les bourbillons seront expulsés au dehors, on la dirigera comme une plaie simple.

## ARTICLE II.

## PSEUDOPASMES DE LA PEAU.

Nous retrouvons ici les deux grandes classes de pseudoplasmes que nous avons étudiés dans le premier volume de cet ouvrage. Les uns sont de simples hypertrophies des éléments constituants de la peau; les autres sont formés aux dépens des tissus hétéromorphes qui se déposent au milieu des mailles du derme. Nous ne parlerons guère ici que des premiers, car les autres ont été suffisamment décrits dans l'histoire générale



de l'ÉPITHÉLIOME, du PLASMOME et du CANCER ; mais nous dirons quelques mots du cancer cutané, dont nous avons observé plusieurs fois une forme qui, par sa bénignité apparente, mérite à tous égards de fixer l'attention du chirurgien.

HISTORIQUE. — L'histoire des tumeurs de la peau n'a été bien faite que depuis l'époque où l'on a commencé à connaître exactement la structure de cette membrane. Lorsque quelques dermatologues acceptaient complaisamment dans la structure de la peau les appareils blennogènes et chromatogènes, on ne pouvait pas avoir des notions bien exactes sur la nature des pseudoplasmes cutanés que Rayer et Simon (de Berlin) ont commencé à étudier scientifiquement. Les travaux publiés depuis ont complété leurs intéressantes recherches. On devra consulter sur ce sujet les ouvrages suivants :

RAYER, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2<sup>e</sup> édit., 1835. — RUCKERT, *De clavo nonnullo*. Berlin, 1846. — SIMON, *Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert* [Les maladies de la peau éclairées par les recherches anatomiques], 2<sup>e</sup> édit. Berlin, 1851. — VIRCHOW, *Ueber Kankroide und Papillargeschulste* [Sur les cancroïdes et les tumeurs papillaires] (*Verhandlungen der Physic-medicin. Gesellschaft in Würzburg*, 1850, vol. I, p. 106). — ASHTON, *Corns and Bunions* [Sur les cors et les oignons] (*Medical Times*, 4 septembre 1852, p. 232). — VERNEUIL, *Observations pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau* (*Archives de médecine*, mai 1854). — LEPLAT, *Du mal perforant du pied* (thèse de Paris, 1855). — JOLIEU, *Des tumeurs chirurgicales de la peau* (thèse de Paris, 1855, n<sup>o</sup> 270). — GORJU, *Observations de maladies de la peau de la plante des pieds, cors, oignons, durillons, verrues, ulcérations, mal perforant, etc.* (thèse de Paris, 1857, n<sup>o</sup> 277). — OLLIER, *Des tumeurs hypertrophiques de la peau, et en particulier des hypertrophies papillaires* (*Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, 1858, p. 183). — A. PORTA, *Dei tumori follicolari sebacei*, Milan, 1856, et *Annali universali di medicina*, 1857, t. XXIII, p. 625, et 1859, t. XXXIII, p. 289. — HARTMANN, *Ueber Balggeschulste, Atherome* [Des tumeurs sacciformes, athérome] (*Virchow's Archiv*, 1857, t. XII, p. 430). — VON BARENSPRUNG, *Die Hautkrankheiten* [Les maladies de la peau], 1859. — HEBRA, *Atlas der Hautkrankheiten* [Atlas des Maladies de la peau], 1859.

### § I. — Tumeurs hypertrophiques de la peau.

La peau se compose de deux couches, l'épiderme et le derme. C'est dans les cellules de la couche épidermique qu'on trouve les granulations pigmentaires qui colorent en noir certaines parties du corps. Le derme est formé d'une couche composée de papilles et d'une trame fibreuse et vasculo-nerveuse sous-jacente. D'autres organes sont annexés à la peau ; ce sont les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudoripares.

Tous ces éléments de la peau peuvent s'hypertrophier et donner naissance à des tumeurs d'une physionomie très-variable, souvent assez caractéristique pour permettre de faire sur le vivant un diagnostic très-exact. Dans d'autres cas, au lieu d'un seul élément, comme l'épiderme et le pigment, on voit plusieurs tissus s'hypertrophier simultanément, et de là résultent des tumeurs complexes d'une interprétation souvent plus difficile.

Un rapide coup d'œil jeté sur l'ensemble des tumeurs homéomorphes de la peau nous permettra sans doute d'apprécier tout de suite celles qui méritent une description isolée.

L'épiderme, en s'accumulant sur certains points de la peau, donne naissance à des productions de formes variées, qu'on désigne sous les noms de *durillons*, *cors*, *cornes*. Quelquefois ce sont des granulations pigmentaires qui se réunissent, et l'on voit naître ainsi à la surface du derme des taches brunes, noirâtres, ou de petites masses saillantes de même couleur, qu'on désigne sous le nom de *navi pigmentaires*, et dont nous avons déjà parlé à l'article MÉLANOME.

L'élément papillaire de la peau s'hypertrophie seul ou en même temps que l'épiderme qui le recouvre. Ainsi se forment les *verrues*, certaines *tumeurs papillaires* ou *condylomateuses*. C'est à cette classe d'hypertrophies épidermiques ou papillaires que se rapportent l'*ulcère cutané papillaire*, et cette autre ulcération qu'on désigne sous le nom de *mal perforant*.

Les vaisseaux sanguins du derme, en se développant outre mesure, donnent naissance aux diverses formes de *taches* ou de *tumeurs érectiles* du derme déjà étudiées. Les lymphatiques de la peau, dans quelques cas rares, subissent seuls une dilatation que nous aurons l'occasion de signaler à propos des diverses formes de dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Les fibres du derme peuvent augmenter de nombre, et contribuent à former, tantôt de petites masses dans l'épaisseur du derme, tantôt des végétations condylomateuses, ou bien enfin des tumeurs plus étendues, de forme bizarre, qu'on décrit sous le nom de *chéloïde spontanée*.

Certaines tumeurs de la peau, et en particulier celles qu'on désigne sous le nom de *molluscum*, sont formées aux dépens d'un élément anatomique connu sous le nom de *cytoblastion*.

Les glandes sébacées, les follicules pileux et les glandes sudoripares peuvent s'hypertrophier isolément, et produire différentes sortes de *kystes glandulaires* dont il sera question plus loin. Enfin, les vésicules adipeuses du derme augmentent quelquefois en nombre et en volume, et prennent peu à peu un accroissement considérable, comme P. V. Walther l'a constaté (1).

Je ne ferai pas ici l'histoire détaillée des diverses sortes de tumeurs hypertrophiques qui se développent dans la peau, et que je viens d'indiquer rapidement. Je me bornerai à étudier dans les formations épidermiques, les *durillons*, les *cors* et les *cornes* ; dans les hypertrophies papillaires, les *verrues*, les *condylomes papillaires*, l'*ulcère cutané papillaire*, l'*ulcère perforant* ; dans les hypertrophies fibreuses, la *chéloïde spontanée*, et cette autre affection qu'on a désignée sous le nom de *chorionitis*, ou mieux de *sclérome* ; enfin, dans les hypertrophies glandulaires, celles des *glandes sudoripares*, des *follicules pileux* et des *glandes sébacées*.

(1) *Ueber die angeborenen Fetthautgeschulste*, etc. Landshut, 1814.



1<sup>o</sup> Hypertrophies épidermiques simples.

**a. Durillon.** — Le *durillon* est formé par l'accumulation de cellules épidermiques, tassées les unes sur les autres, dans un point soumis à quelque pression répétée. On le rencontre habituellement à certains endroits des surfaces plantaire et latérale du pied, mais principalement sur les points qui se trouvent, par la disposition du pied, plus directement comprimés. Au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, par exemple, le durillon est globuleux, supporté par une bourse muqueuse et désigné sous le nom d'*oignon*. On observe aussi des durillons sur d'autres parties du corps, et la plupart d'entre eux sont en rapport avec l'exercice de certaines professions : comme les durillons qu'on rencontre à l'avant-bras droit, sur le bord cubital, chez les ouvriers en papiers peints, à la face interne de l'articulation métacarpophalangienne du cinquième doigt chez les brunisseuses, et à la paume de la main chez des individus habitués à presser sur des instruments à manche dur.

Le durillon est assez généralement arrondi, mobile, d'une couleur jaunâtre, hygrométrique. Quand on fait une coupe du durillon et de la peau sous-jacente, on trouve de dehors en dedans des couches d'épiderme superposées et serrées les unes au-dessus des autres. Les papilles du derme sont un peu plus larges, mais moins allongées que d'habitude, et les vaisseaux sanguins, sous le durillon, sont un peu gorgés de sang. Simon a trouvé dans la coupe d'un durillon les conduits bien conservés des glandes sudoripares, des follicules pileux et des glandes sébacées (1).

**b. Cor.** — On désigne sous le nom de *cor*, une tumeur épidermique superficielle, à large base, avec une racine qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le derme. C'est un véritable durillon prolongé; il est d'ailleurs, comme ce dernier, hygrométrique et de couleur jaunâtre, mais à cause de sa racine il n'a presque pas de mobilité.

Sa structure, aujourd'hui bien connue, est curieuse à étudier, car elle explique certains signes de cette infirmité et quelques-uns des accidents qui la compliquent. On suivra bien tous les détails de cette structure dans la figure ci-jointe (fig. 1). Quand on fait dans un cor une coupe per-

(1) L'étude anatomique des tumeurs de la peau ne peut être bien faite que par un examen micrographique, et à ce propos je recommande à ceux qui veulent entreprendre des recherches dans cette direction d'employer la dessiccation préalable des tissus à étudier. Il suffit de déposer par sa face humide, sur un morceau de bois tendre, comme le peuplier, la tumeur cutanée, cor, verrue, condylome, etc., qu'on veut examiner, et de la laisser sécher sur le bois. Ces deux parties adhèrent intimement l'une à l'autre, et il est alors des plus faciles d'enlever avec un bistouri à lame fine des coupes très-minces du bois et de la pièce anatomique. Une goutte d'eau, déposée sur le porte-objet du microscope en même temps que ce fragment, détache très-vite le bois de la mince lamelle de la tumeur, à laquelle la dessiccation n'a ôté aucun de ses principaux caractères histologiques.

pendiculaire à sa surface, on constate d'abord une partie centrale *a*, sorte de noyau qu'il est facile de séparer de la partie périphérique *bb*. On distingue ce noyau sous la forme d'une masse jaunâtre, transparente, qui fait saillie au-dessus du cor. Cette partie, plus dure que le reste, s'enfonce comme un cône dans la direction du derme; elle est composée de couches d'épiderme très-serrées les unes contre les autres et à concavité supérieure. La partie périphérique est formée de couches d'épiderme assez régulières, mais moins tassées que dans la partie centrale, car on y trouve encore quelques canaux sudorifères. La surface papillaire du derme est déprimée au niveau du noyau central du cor; quelquefois les papilles y font défaut, et elles y sont toujours en moins grand nombre. Cet enfoncement du derme est dans certains cas considérable, et réduit à une couche très-mince l'épaisseur de cette membrane. On a vu aussi le derme tout à fait perforé par le cor, qui mérite bien ici le nom de *clou* (*clavus*).

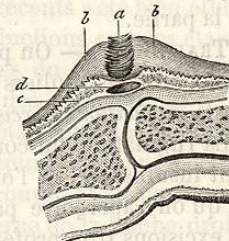


FIG. 1. — Structure d'un cor au niveau d'une articulation. — *a*, noyau du cor; *bb*, partie périphérique du cor; *c*, couche papillaire du derme disparue sous le noyau du cor; *d*, bourse séreuse au-dessous de l'enfoncement du derme.

Le derme est toujours rouge et congestionné. Peut-être se fait-il même là de petites exsudations sanguines, car on trouve quelquefois des taches hématiques entre les cellules d'épiderme, comme Ruckert l'a bien signalé. Les filets nerveux qui rampent sous le cor sont plus volumineux que d'habitude, un peu rougeâtres et munis de petits renflements, sortes de névromes produits par le frottement.

On voit très-souvent sous les cors de petites bourses séreuses, comme celle qui est représentée en *d* dans la figure ci-dessus.

Lorsque les cors sont situés entre les doigts, ils n'ont plus tout à fait les mêmes caractères. Ils sont mous, et leurs bords sont renflés sur le noyau central qui est excavé. Cette disposition se voit bien sur les cors qui siègent entre le petit orteil et le quatrième, là où la dernière jointure du quatrième orteil presse sur le côté interne du cinquième.

Les cors qui compriment d'une façon constante les papilles du derme et les petits névromes sous-jacents produisent de la douleur et du gonflement dans les parties qui les entourent : ainsi, les pieds de ceux qui souffrent de ces infirmités sont chaque soir gonflés et douloureux. Le repos de la nuit fait disparaître ce gonflement et cette douleur, qui reparaissent le lendemain. Quand ces cors existent sur des orteils déformés, auxquels ne s'adapte pas une chaussure convenable, les douleurs deviennent très-vives et rendent la vie misérable. Ainsi s'expliquent quelques cas d'individus qui se sont mutilés pour se débarrasser d'une aussi triste infirmité.

Après une marche forcée, la bourse muqueuse qui est située sous certains cors peut s'enflammer et suppurer; cet accident amène de la fièvre et un gonflement phlegmoneux du pied, et tout cela est quelquefois dû à une goutte de pus. On observe encore à la suite de cette suppuration une



fistule sous-épidermique, variété de mal perforant, assez difficile à guérir.

Le cor est toujours la conséquence d'un frottement rude et longtemps continué sur un point limité de la peau; aux pieds, cette lésion résulte de l'application de souliers mal faits et en rapport peu exact avec la forme de la partie.

**TRAITEMENT.** — On peut prévenir le développement du cor par la bonne confection des souliers; mais, lorsque le mal est fait, il faut le combattre par la *rugination*, l'*excision* ou la *cautérisation*.

La rugination du cor, préalablement ramolli dans l'eau tiède, est souvent insuffisante, et l'on doit alors l'exciser par couches minces, jusqu'à ce qu'on s'aperçoive par le toucher de la présence du derme. On évitera les excisions trop profondes qui peuvent ouvrir la bourse muqueuse sous-jacente au cor, et devenir la cause d'inflammations diffuses du tissu cellulaire. Des cautérisations faibles, mais répétées, avec la potasse caustique, promenée légèrement à la surface du cor, doivent aussi faire disparaître cette infirmité.

Mais, après cette ablation, le cor récidive soit par la continuité d'action de la même cause, soit par une formation spontanée d'épiderme sur un terrain habitué déjà à en fournir en excès. Il faut prendre soin alors d'éviter toutes les pressions exagérées du soulier en dilatant l'endroit qui correspond au cor, soit à l'aide de formes spéciales, soit, comme on l'a proposé, à l'aide d'un léger ressort.

Quand les cors reposent sur des orteils déformés, et que la marche est devenue très-douloureuse ou impossible, il faut essayer de replacer les orteils dans leur direction. On a proposé dans ce cas d'employer la compression; mais ce moyen est le plus souvent insuffisant. On conseille alors de diviser les tendons extenseurs des doigts, et l'on a même pratiqué l'amputation. J'ai coupé avec succès les tendons de l'extenseur du cinquième orteil aux deux pieds d'un jeune homme atteint d'une rétraction tendineuse qui avait soulevé ces orteils et amené à leur face dorsale un cor volumineux. Liston enleva le second orteil de chaque pied à un cavalier qui avait une ankylose à angle aigu de la première et de la deuxième phalange. Les articulations de ces orteils étaient surmontées de cors très-douloureux, qui rendaient tout à fait pénible l'existence de cet homme.

**c. Cornes.** — Il se développe parfois à la surface de la peau des excroissances qui ressemblent par leur forme, leur consistance, leur structure, aux cornes qui poussent normalement chez les animaux. Ces singulières productions, dont on a recueilli aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples, ont été observées sur diverses parties du corps, mais c'est surtout au crâne et à la face qu'elles se montrent de préférence; on les a vues aussi assez souvent à la face interne des cuisses et plus rarement aux pieds et aux mains. Rigal (de Gaillac) a observé une corne implantée sur la peau, près du sternum, et dans un autre cas, cette production s'élevait de la partie inférieure de la région coccygienne.

En général, on n'observe qu'une corne sur le même individu. Les cas

de cornes multiples sont beaucoup plus rares: Ingrassias (1), Fabrice de Hilden (2), Saint-George Ash (3), ont cité chacun un fait de ce genre de cornes, qui a été encore observé depuis eux avec la curiosité qui s'attache à cette maladie, et dont un exemple des plus récents a été bien étudié par Heschl (de Cracovie) (4). Dans ces cas, les productions cornées étaient répandues en grand nombre sur différentes parties du corps, mais dans celui de Saint-George Ash, c'était surtout autour des articulations qu'on trouvait ces excroissances. La malade d'Heschl était une jeune fille de quinze ans, non encore réglée, chez laquelle depuis trois ans s'étaient développées seize cornes, dont quelques-unes se trouvaient au pavillon de l'oreille, et les autres à la partie antérieure et interne de la jambe droite, à partir du genou jusqu'au premier orteil.

La longueur de ces cornes est très-variable, on en a vu atteindre jusqu'à 30 centimètres. Une pièce qui se trouve représentée ici (fig. 2) a 6 centimètres de longueur, mais elle est recourbée, et si on la déployait, on obtiendrait une étendue de 10 à 11 centimètres. L'épaisseur varie également beaucoup: ainsi, on voit assez souvent naître sur les paupières des cornes filiformes, tandis que d'autres atteignent jusqu'à 3 et 4 centimètres à leur base.

Leur forme générale est celle d'un cône à extrémité mousse. Quelques-unes se dirigent en ligne droite, la plupart sont un peu recourbées, d'autres enfin ont une direction spiroïde. Certaines cornes se bifurquent à leur sommet, et l'on a vu dans un cas l'une de ces bifurcations se diviser encore de telle sorte, que cette corne était trifurquée (5). Leur coloration générale est brunâtre, mais au sommet, la teinte devient de plus en plus claire, et cette extrémité est assez souvent d'un jaune fauve. Leur surface n'est point lisse, mais marquée de cannelures longitudinales et de stries circulaires disposées transversalement: cette dernière disposition indique des formations successives de l'exsudat épidermique.



Fig. 2. — Corne du front observée sur une malade de Grisolles (6).

Ces cornes, à leur début, sont recouvertes par l'épiderme, et l'on peut parfois les sentir pendant quelque temps sous cette première enveloppe de la peau. Plus tard, elles déchirent la couche épidermique, dont on retrouve les traces disposées circulairement à la base de la tumeur. Leur consistance ordinaire est celle des cornes de nos animaux

(1) *De tumoribus præter naturam*, 1553, t. I, p. 336.

(2) *Centuria II*, obs. 25, avec figure, édit. de 1646 (Francfort-sur-le-Mein).

(3) *Transact. Philosoph.*, 1685, n° 176, p. 1202.

(4) *Die Hauthörner* [Les cornes de la peau] (*Oesterreich. Zeitschrift für pract. Heilkunde*, V, 4, 1859).

(5) *Archives de médecine*, 1<sup>re</sup> série, t. V, p. 534.

(6) Dessin et examen micrographique publiés par Lebert, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 143.



domestiques, mais le plus souvent elles sont dures au sommet et molles à leur base. On trouve parfois à cette base une cavité remplie d'une matière blanche, sébacée, ou demi-liquide et fétide. Plus rarement la base des cornes est aussi dure que le sommet et ne peut être coupée que par la scie.

La structure des cornes est essentiellement épidermique ; elles sont formées par un dépôt continu d'épiderme sur un point de la surface tégumentaire. Les papilles de la peau acquièrent parfois, à ce niveau, un développement exagéré, et peuvent atteindre jusqu'à 3 centimètres de hauteur en se prolongeant dans la corne : ce sont alors des verrues colossales. Dans le cas qui a été observé par Heschl, les papilles sous-jacentes aux cornes étaient hypertrophiées, mais aucune d'elles ne se prolongeait dans la substance cornée.

Les cornes du cuir chevelu proviennent quelquefois de la couche épidermique qui revêt la face interne d'un follicule sébacé hypertrophié. On voit, au musée Dupuytren (n° 163), dans un kyste sébacé du volume du poing, des cônes longs de 4 à 5 centimètres, naître à la surface interne de la poche qui n'était point encore ulcérée. Ces cônes épidermiques, desséchés à l'air libre, auraient sans doute formé, après l'ouverture du kyste, de véritables cornes.

Il est facile de pratiquer des coupes fixes de ces cornes et d'en examiner la structure au microscope. On distingue alors très-nettement, sur une section horizontale, des couches concentriques d'épiderme stratifié, des lacunes vides entre ces couches, enfin, là où les papilles se prolongent dans la corne, des coupes de vaisseaux sanguins. Des sections longitudinales des cornes les font voir composées de filaments accolés les uns aux autres, et facilement isolables. Ces filaments sont formés de cellules épithéliales pavimenteuses, allongées, sans noyaux, peu granuleuses, soudées ensemble ; mais cette soudure n'est pas complète comme dans les ongles et les sabots, et l'on peut les isoler en les laissant macérer quelques jours dans l'eau. Les cellules qu'on observe à la base des cornes sont plus petites, plus globuleuses, munies d'un noyau plus distinct que les cellules du sommet de la corne.

Nous ne possédons pas encore d'analyse chimique très-exacte de ces cornes. Une de ces productions, observée par Landouzy, a été soumise à l'analyse, et l'on a constaté qu'elle ne contenait ni gélatine ni fibrine, mais seulement quelques traces d'albumine. L'incinération et la distillation ont aussi montré que cette corne était chimiquement identique avec celles du bœuf et du bélier.

Les cornes sont insensibles par elles-mêmes, mais les mouvements qu'on imprime à leur base sont fort douloureux. Cette base en effet est souvent le siège d'une irritation assez vive, qui peut s'accompagner d'un exsudat plastique et d'une adhérence consécutive de la corne aux tissus profonds. Une aréole rougeâtre la circonscrit, et le malade y perçoit, en l'absence de douleurs, une démangeaison fort vive ; ce sont là les seuls accidents d'une corne unique. Mais lorsqu'il existe à la surface du corps un grand nombre

de ces cornes, les malades éprouvent de grandes difficultés à garder certaines positions. Ainsi la malade de Fabrice de Hilden ne pouvait se tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir, ni se coucher sur le dos sans souffrir. Elle perdit ses forces peu à peu, et finit par succomber. Chez la malade de Saint-George Ash, il y avait un grand nombre de ces productions cornées sur les fesses, mais elles étaient assez molles pour s'être aplaties dans la station assise. Le développement de cette affection, hideuse sur le visage, imprime au caractère des individus qui en sont atteints une tristesse profonde.

Après avoir acquis une longueur assez grande, les cornes se détachent quelquefois spontanément ; mais cette séparation est le plus souvent suivie de récurrence. Dans un fait de Landouzy, cette récurrence n'a cependant point eu lieu, et la malade guérit. Scëmmering a cité le fait d'une femme dont la corne se séparait des téguments chaque année, puis récidivait.

On a quelquefois vu un cancroïde ulcéré se montrer dans l'endroit qu'occupait primitivement la corne. Boyer cite le fait d'un homme de quarante ans, qui portait depuis plusieurs années sur la partie moyenne de la joue gauche une excroissance cornée. La portion de peau qui la supportait s'engorgea, s'épaissit, devint squirrheuse et le siège d'élançements. Boyer cerna par deux incisions et enleva la portion de téguments sur laquelle la corne reposait ; il y eut récurrence au bout de trois mois, et Boyer pratiqua une seconde opération qui ne fut pas plus heureuse que la première. Denucé rapporte (1) avoir soigné une dame de quatre-vingts ans, qui avait une corne semblable sur la partie supérieure et interne du bras gauche. La corne avait été coupée au ras de la peau, et il s'était développé en ce point une tumeur épithéliale ulcérée qui envahit toute la face externe du bras, puis la face interne, puis l'aisselle, et qui a finalement emporté la malade. Dans d'autres cas plus rares on voit au contraire une corne succéder à un épithéliome. La corne développée sur le dos de la main d'une vieille femme, et qu'on voit au musée Dupuytren, sous le n° 167, avait pris la place d'un cancroïde plusieurs fois cautérisé.

ÉTIOLOGIE. — Ces productions cornées peuvent se développer à toutes les époques de la vie, mais on les voit surtout chez des individus âgés. Les femmes y paraissent plus prédisposées que les hommes, car la plupart des observations de ce genre ont trait à des personnes du sexe féminin. C'est surtout aussi chez des individus de la classe pauvre qu'on trouve cette singulière lésion.

Les causes de cette maladie sont fort obscures : on prétend que dans un cas la corne a succédé à l'irritation produite par la dent d'un peigne, et dans un autre à un coup sur la tête ; on a vu des cornes naître du fond d'une loupe incomplètement incisée, ou succéder à une verrue, à un petit tubercule cutané ; mais ces faits-là n'expliquent rien.

TRAITEMENT. — L'extirpation de la corne et du lambeau de téguments

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 110.