

qui la supporte est le meilleur mode de traitement de ces tumeurs. On circonscrit à l'aide de deux incisions semi-elliptiques la base de la production morbide, et, si la laxité des parties le permet, on réunit par première intention les surfaces saignantes, sinon on panse à plat. On pourrait aussi circonscire par les caustiques la base de la corne; mais c'est là un procédé long qui ne permet pas une extirpation aussi exacte qu'avec le bistouri. L'arrachement brusque de la corne, qui fut suivi d'une guérison complète dans un cas cité par Bartholin, ne doit jamais être préféré à l'excision. Si la corne venait à adhérer solidement par un travail inflammatoire à des os sous-jacents, il serait sans doute prudent de se borner à scier la corne au ras des téguments.

Quant au traitement à appliquer au cas de cornes généralisées, rien ne peut guider le chirurgien, car Ingrassias ne nous dit pas comment il a guéri sa malade, et Fabrice de Hilden se borne à raconter qu'après avoir préparé la sienne par un bon régime, les apozèmes amers et les remèdes propres à provoquer les règles, on l'envoya à une source d'eaux thermales aux environs de Berne. L'usage de ces eaux fit tomber les excroissances, et la malade revint chez ses parents. Mais au bout d'un an les cornes avaient reparu, et Fabrice attribue cette récurrence au manque de médicaments que la malade éprouva à cause de son indigence.

#### 2° Hypertrophies papillaires.

**a. Des verrues.** — Les verrues, qui peuvent servir de type pour la description des hypertrophies papillaires de la peau, sont de petites excroissances brunâtres, dures, dont la surface est lisse ou granulée, et qui se montrent en particulier sur certaines régions du derme, comme à la face dorsale des mains, au prépuce, au visage et aux oreilles.

Les verrues sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes et les vieillards. On les voit en général au nombre de plusieurs sur le même individu, et par leur rapprochement elles forment quelquefois une plaque rugueuse et cornée. On ne sait rien sur leur *étiologie*.

Quelques auteurs distinguent deux variétés de verrues : les *poireaux* et les *verrues* proprement dites; mais les caractères différentiels de ces deux



FIG. 3. — Verrue ordinaire à un grossissement de trois fois. — a, couche papillaire du derme; b, verrue proprement dite; c, couche profonde du derme.

sortes de végétations ne sont pas assez tranchés pour qu'on puisse maintenir cette distinction par des noms différents. Une base plus large et une consistance plus marquée dans les poireaux que dans les verrues ne suffisent point à séparer ces deux productions morbides. Mais il y a, au point de vue de la forme, au moins trois sortes de verrues : les premières, ou verrues vulgaires, sont saillantes et formées d'un assez grand nombre de papilles; les secondes sont filiformes et allongées, les dernières fortement aplaties.

Les verrues ordinaires (fig. 3) sont de petits tubercules coniques ou

arrondis à leur extrémité libre et d'une hauteur, au-dessus du derme, variable de 1 millimètre à 1 centimètre. Elles sont dures, en général peu sensibles, d'une couleur jaunâtre; leur surface est d'abord lisse, puis se fendille lorsqu'elles arrivent à un certain développement. Quelquefois les verrues saignent au moindre attouchement; elles peuvent s'enflammer, et dans des cas très-rares devenir le siège d'une ulcération cancéreuse; mais en général cette affection n'a aucune gravité.

Les verrues filiformes se montrent particulièrement à la surface externe de la paupière supérieure; elles n'ont pas une épaisseur plus grande que celle d'une soie de porc, et atteignent souvent de deux à quatre lignes de longueur; leur dureté épidermique est considérable.

Les verrues aplaties forment à peine une saillie au-dessus du niveau de la peau. On les reconnaît à une petite tumeur arrondie, brunâtre, du volume d'une lentille, et dans laquelle on retrouve la disposition papillaire. Ce ne sont là que des verrues atrophiées.

Ces tumeurs papillaires persistent souvent très-longtemps sans modification; mais il n'est pas rare de les voir disparaître spontanément. Elles peuvent devenir fort gênantes par leur siège sur une articulation très-flexible, comme celle des doigts.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les verrues sont formées : 1° d'une *enveloppe épidermique*; 2° d'une *substance centrale*, comme le représente bien la figure ci-contre (fig. 4).

L'*enveloppe épidermique* tantôt recouvre toutes les papilles et leur forme une gaine commune, alors les verrues sont lisses; tantôt envoie des prolongements entre chaque masse papillaire, et la verrue, dans ce dernier cas, est fendillée comme du velours. L'agglomération des couches épidermiques est souvent assez considérable et prédomine sur l'hypertrophie du derme. Une légère macération des verrues isole nettement cette couche épidermique de la couche papillaire.

La *substance centrale*, formée aux dépens des papilles hypertrophiées, n'est qu'une masse fibroïde et granuleuse renfermant quelques vaisseaux, surtout dans la partie la plus voisine du derme. Cette disposition explique comment on peut couper sans écoulement sanguin les parties superficielles des verrues, et pourquoi elles saignent lorsque le bistouri atteint leur base. Ces vaisseaux sont disposés en anse comme dans les papilles normales. Quelques filets nerveux s'y développent sans doute aussi, car certaines verrues sont douées à leur base d'une sensibilité très-vive; cependant les verrues ne sont formées qu'aux dépens des papilles vasculaires.

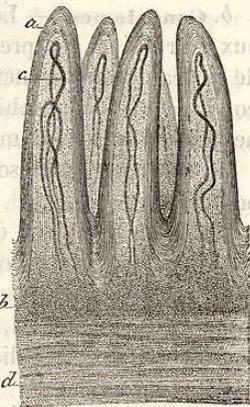


FIG. 4. — Coupe d'une verrue à un grossissement de vingt fois. — a, enveloppe épidermique; b, substance centrale constituée par les papilles au milieu desquelles on distingue des vaisseaux c; d, couche profonde du derme.

L'anatomie microscopique montre donc que les verrues sont de véritables hypertrophies papillaires avec prédominance de la production épidermique. Les différences dans l'aspect général des verrues ne traduisent point une différence correspondante dans leur structure; ainsi, les verrues renflées à leur sommet et étranglées à leur base indiquent seulement que le développement des papilles s'est fait surtout aux dépens de leur extrémité libre.

**TRAITEMENT.** — Nous avons dit plus haut que les verrues pouvaient se flétrir et tomber spontanément; quelquefois on est obligé d'avoir recours, pour les faire disparaître, à un traitement chirurgical. Nous ne parlerons pas du grand nombre de remèdes ridicules qui ont été proposés contre les verrues; on en trouvera les détails curieux dans le livre de Rousselot (1), que la Forest (2) a si largement copié, et dans le *Manuel du pédicure* de Dudon (1823). Les divers caustiques, surtout les caustiques liquides, qui pénètrent facilement la substance de la verrue, conviennent dans la majorité des cas. On réussit quelquefois à faire tomber les verrues en les lavant plusieurs fois par jour avec une eau assez fortement ammoniacale, mais il est plus sûr d'avoir recours à l'acide nitrique. On conseille toutefois de ne point faire usage de ce caustique quand il s'agit de verrues situées sur les articulations. On peut aussi employer avec avantage l'acide chromique, qui durcit les verrues avant de les faire tomber. Enfin, quand le mal a résisté aux moyens précédents, l'excision, couche par couche, de la verrue jusqu'au ras du derme, et une légère cautérisation de la surface de section, débarrassent complètement de cette petite infirmité.

**b. Condylomes.** — Les condylomes sont des productions très-analogues aux verrues, et qui prennent naissance le plus souvent dans les régions de la peau où cette membrane se confond avec les muqueuses. J'ai déjà consacré un paragraphe à ces lésions dans l'article sur la SYPHILIS, et je ne dirai ici que deux mots de leur analogie avec les verrues.

On distingue deux sortes de condylomes, les uns plats, et les autres pointus.

Les premiers, qu'on désigne encore sous les noms de *pustules plates*, de *tubercules plats*, se rencontrent surtout aux parties génitales, à l'anus, à l'ombilic, au sein, dans les cavités axillaires et sur les muqueuses. Leur volume varie, en général, de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix. On en voit qui se multiplient énormément, et leur amas atteint quelquefois le volume du poing.

Les condylomes pointus sont, comme les condylomes plats, des formations papillaires recouvertes d'une couche épidermique dont l'épaisseur varie en raison inverse du développement du tissu propre de la papille qui est alimenté par des vaisseaux.

(1) *Toilette des pieds, ou Traité de la guérison des cors, verrues, etc.* Paris, 1769.

(2) *L'Art de soigner les pieds*, 1782.

On trouvera ci-joint un dessin (fig. 5) qui montre de la façon la plus nette la structure papillaire de ces condylomes, et je renvoie pour tout ce qui reste à dire sur l'histoire de ces productions morbides à l'article VÉGÉTATIONS (vol. I<sup>er</sup>, page 662).

**c. Mal perforant. Ulcère perforant de la peau.** — On a décrit depuis quelques années sous le nom de *mal perforant* diverses lésions, dont le siège le plus habituel est à la peau du pied, et qui ont ce caractère commun de perforer le derme et de s'étendre plus ou moins loin dans les tissus sous-cutanés. Le fait qui a été le

point de départ des recherches sur ce point fut observé par Nélaton et décrit sous le titre d'*affection singulière des os du pied* (1); mais c'était là une maladie tout à fait distincte de celles qui depuis lors ont été décrites sous le nom de *mal perforant* par Vésignié (d'Abbeville) (2), et par Leplat, dans sa thèse que j'ai indiquée à l'HISTORIQUE des affections de la peau. Une certaine confusion s'est depuis cette époque introduite peu à peu dans ce sujet, et l'on est arrivé à comprendre aujourd'hui sous le nom de *mal perforant*: 1° des hypertrophies épidermiques et papillaires suppurantes; 2° des cors qui ont perforé le derme en le faisant suppurer et en l'ulcérant; 3° des inflammations suppuratives avec ulcération des bourses séreuses normales du pied: le fond de ces bourses séreuses peut même s'hypertrophier et faire saillie à travers l'orifice fistuleux; 4° enfin des altérations primitives des os, qui ont donné lieu à une espèce particulière de fistules.

Il ne peut pas être question d'étudier ici ces différentes sortes d'ulcérations qui perforent primitivement ou secondairement la peau, et nous ne décrirons que celles qui succèdent à un durillon et suivent une marche toujours identique.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — C'est sur la plante du pied, vers la ligne saillante des articulations métatarso-phalangiennes, à la pulpe des orteils, au talon, sur la face dorsale des orteils, au niveau de la saillie articulaire, qu'on observe le plus souvent ces ulcérations; c'est là aussi qu'on voit se former de préférence des durillons. On peut du reste trouver sur un même malade la lésion à ses différentes phases. C'est d'abord un simple durillon formé par un épiderme épais, très-dur, d'une coloration variable, tantôt d'un jaune pâle ou d'un blanc mat, tantôt d'une teinte brune due à du sang déposé entre les lames de l'épiderme. Quelquefois la surface de ce durillon est lisse, tandis que dans d'autres cas elle est fendillée, et les orifices des glandes sudoripares sont effacés. Le derme sous-jacent a aug-

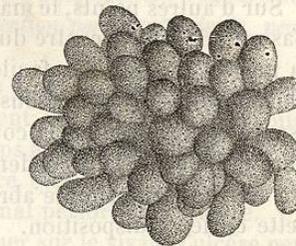


FIG. 5. — Disposition papillaire d'un condylome au voisinage de l'anus. — Grossissement de vingt fois.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 janvier 1852.

(2) *Ibid.*, 5 février 1852.

menté de vascularité; les papilles sont bien développées sous la plus grande étendue du durillon, mais déjà atrophiées à son centre.

Sur d'autres points, le mal est à une période plus avancée. Ainsi il n'est pas rare de voir le centre du durillon rempli de croûtes épidermiques que la macération détache facilement, ce qui permet à un stylet de pénétrer dans une cavité au-dessous de l'épiderme épaissi, ou plus loin dans un espace compris entre la couche profonde du derme et la couche papillaire décollée de la précédente. Ces cavités sont souvent remplies de pus. On arrive, par la simple abrasion d'un durillon fistuleux, à bien constater cette curieuse disposition.

Enfin, plus tard, l'ouverture de l'ulcération du côté de l'épiderme s'élargit, et l'on trouve une solution de continuité plus ou moins perforante de la peau. La figure ci-jointe (fig. 6), que j'ai fait dessiner d'après la coupe très-fine d'un mal perforant du pied, laisse bien comprendre tous les détails de cette lésion. Cette préparation est représentée à un grossissement de vingt fois.



FIG. 6. — Coupe d'un mal perforant du pied vue à un grossissement de vingt fois. — *aa*, couche des papilles hypertrophiées, excepté au niveau du point *c* où elles ont disparu par la suppuration; *b, b*, amas d'épiderme qui entourent la surface suppurante.

On voit en *aa* la couche des papilles hypertrophiées, et en *bb* la couche des lamelles épidermiques disposées d'une façon anfractueuse, assez irrégulière pour constituer une sorte de cratère épidermique. Au niveau du point *c*, la couche des papilles a disparu par la suppuration qui a existé en ce point, et qui a soulevé les lamelles d'épiderme dont on ne trouve plus trace ici. Ces papilles sont remplacées par des bourgeons charnus qui suppurent.

Telle est la disposition générale la plus habituelle de ces sortes d'ulcères. D'ailleurs, le canal qui conduit de la surface épidermique jusqu'au derme est tantôt très-étroit, tantôt large, irrégulier ou creusé obliquement en entonnoir, comme dans la figure ci-dessus. La surface dermique mise à nu est veloutée, verruqueuse, et laisse suinter un liquide visqueux, presque incolore, fétide, qui, en se desséchant, donne lieu à une croûte épaisse, dure et grisâtre.

Cet ulcère est indolent, et sa cicatrisation spontanée est rare ou peu durable. Quand il siège à la plante du pied, l'inflammation peut par des pressions continues se propager aux bourses muqueuses, aux articulations, aux os, et amener ainsi des caries et des nécroses.

La compression, la malpropreté et un défaut de soins sont les seules causes de cette affection.

DIAGNOSTIC. — La maladie que nous décrivons peut être confondue avec des *ulcères syphilitiques* ou *lépreux*, avec l'*inflammation suppurative des bourses séreuses*, et surtout avec cette *affection perforante de la peau* que Nélaton a le premier signalée.

Les ulcérations syphilitiques ou lépreuses qui pourraient être prises pour l'ulcération que nous étudions, débutent par des tubercules sous-cutanés qui persistent durant un certain temps à l'état d'isolement avant de se ramollir et de s'ulcérer. Quand l'ulcère syphilitique existe, il est arrondi, taillé à pic et tout à fait distinct du mal perforant ordinaire.

Parfois il est presque impossible de distinguer sur le vivant l'ulcère perforant du derme, de l'inflammation suppurative et ulcérate des bourses séreuses. Cependant le pronostic des deux affections est différent, et la dernière est beaucoup plus grave que l'autre.

Il suffira de rappeler les principaux traits de l'affection décrite par Nélaton, et à laquelle nous avons fait allusion plus haut, pour établir combien elle diffère de ce que nous connaissons déjà. On voyait d'abord se former chez l'homme qui était atteint de cette maladie une phlyctène au niveau des saillies osseuses du pied; l'épiderme se soulevait, et au-dessous de lui on trouvait un peu de sérosité purulente. L'épiderme perforé, le derme se montrait avec une coloration rosée et plus de douleur que d'habitude. Au bout de quelque temps, le derme se perforait à son tour de dehors en dedans, et une fistule qui s'étendait jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané prenait naissance; enfin, après quatre à six semaines, la perforation était plus profonde encore, on arrivait sur une portion d'os nécrosée.

En l'espace de douze ans, cet homme, qui a été entre les mains de beaucoup de chirurgiens des hôpitaux et qui a subi plusieurs amputations d'orteils, a vu tous ces phénomènes se reproduire bien des fois de la même façon et se terminer par la formation d'un séquestre. Cette affection était, selon lui, héréditaire. Il a cinq frères dont deux ont eu la même maladie, l'un a même déjà succombé; parmi ses six enfants, le deuxième, le quatrième et le sixième sont atteints du même mal. Cet homme, âgé de trente-cinq ans, prétend que s'il fatiguait les mains, les mêmes accidents s'y montreraient.

Voilà certes une affection différente des autres, tout à fait typique, et qui ne peut être confondue avec le mal perforant que nous avons décrit.

TRAITEMENT. — On préviendra les ulcères perforants du pied par des chaussures larges et des soins de propreté. Si l'ulcère est en train de se former au-dessous d'un durillon, et si déjà on pénètre dans la cavité sous-épidermique avec un stylet, la guérison ne peut être obtenue qu'en enlevant la callosité avec le derme sous-jacent.

On commencera par ramollir le durillon pendant quelque temps dans une eau saturée de savon noir, puis avec un rasoir on enlèvera couche par couche la plaque épidermique et l'ulcère qu'elle recouvre. On crée ainsi

une plaie vive dont les bords se confondent par une pente très-douce avec l'épiderme qu'on a soin d'enlever peu à peu jusqu'à une assez grande distance de la surface ulcéreuse. On panse ensuite avec quelque pommade excitante jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère, en empêchant avec soin la reproduction de l'épiderme à la circonférence de la perte de substance.

Quand un malade a été traité d'un ulcère perforant du pied, il doit, après la guérison, protéger avec soin la cicatrice contre toute violence, en ayant soin qu'elle ne repose point rudement sur la surface du soulier.

**d. Ulcère cutané simple ou papillaire.** — On désigne ainsi une maladie assez fréquente au visage, surtout chez les vieillards, mais qui peut se montrer sur tous les points de la peau. Cette ulcération diffère, par sa structure et par sa marche habituelle, de ce qu'on a décrit sous le nom d'*ulcère cancéreux* ou d'*épithéliome*, et l'on doit l'étudier comme l'état rétrograde d'une hypertrophie très-superficielle du derme. L'examen à l'œil nu et au microscope ne fait voir en effet dans cet ulcère cutané qu'une solution de continuité, en général peu profonde, qui ne dépasse guère les limites du derme, et dont le fond ni les bords ne sont point indurés, car il n'y a pas dans la peau d'infiltration analogue à celle qui marque les épithéliomes. On peut donc lui donner le nom d'*ulcère cutané simple ou papillaire*.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Cette affection se développe d'une façon assez insidieuse. Elle commence par un léger épaissement de la peau dans un point limité, et cette saillie du derme se recouvre promptement de lamelles épidermiques, qui parfois arrivent jusqu'à l'épaisseur de 25 millimètres. La maladie reste dans cet état pendant un temps plus ou moins long, très-long même chez certains individus qui ne voient point la lésion dépasser cette période. Plus tard, un liquide séro-purulent s'accumule au-dessous de cette croûte, l'ébranle peu à peu, et à sa chute on constate une ulcération superficielle, rougeâtre, tomenteuse, qui se recouvre bientôt de nouvelles croûtes destinées à tomber encore.

Cet ulcère reste souvent sous cette forme sans s'accroître, tandis que chez d'autres malades il s'étend peu à peu par la formation de petits soulèvements identiques dans le voisinage.

Il y a là d'abord un léger travail hypertrophique du derme et une exsudation plus considérable de l'épiderme. Puis, sous ces croûtes accumulées, la couche la plus superficielle de la peau se ramollit, se désorganise, et fait place à une ulcération qui n'a point de base dure, n'est presque pas douloureuse et ne s'accompagne point d'engorgement ganglionnaire.

Le *diagnostic* différentiel de ces ulcères cutanés et de l'*épithéliome* est sans difficulté. Dans l'ulcère cutané il n'y a aucune addition de produits nouveaux aux téguments ; aussi lorsque la croûte épidermique est enlevée, la base de l'ulcère est sans induration. On sent au contraire, dans

l'*épithéliome*, qu'un produit nouveau s'est infiltré dans l'épaisseur du derme.

Le *pronostic* de cette affection n'est pas grave, car elle reste souvent très-longtemps stationnaire et guérit sans récidive. Cependant il faut faire quelques exceptions pour de rares individus chez lesquels cet ulcère cutané se multiplie à l'infini sur le visage et y produit des désordres profonds. J'ai vu, avec le docteur Vaulet, un malade d'une quarantaine d'années environ qui a déjà eu une vingtaine de ces ulcères sur le visage. J'en ai déjà cautérisé un grand nombre, et pendant qu'on en détruit sur un point, d'autres naissent à côté. Une de ces ulcérations a détruit en quatre années la paupière inférieure gauche et le lambeau autoplastique qui l'avait réparée.

Chez ce malade les ulcères avaient une marche assez rapide, mais tout se passait, d'ailleurs, comme lorsqu'ils ont une évolution très-lente. Il se formait une petite croûte épidermique au-dessous de laquelle le derme, mis à nu, était tomenteux et velouté, puis les parties se détruisaient peu à peu par une sorte de séparation moléculaire.

**TRAITEMENT.** — Le bistouri ne convient pas pour ces ulcères cutanés papillaires qu'on guérit merveilleusement bien, après avoir détaché la croûte épidermique, en les couvrant d'une couche très-mince de poudre arsenicale de frère Come.

Cette poudre, mise en pâte à l'aide d'un liquide gluant comme la salive, est déposée sur l'ulcère et recouverte d'une ou plusieurs lames de toile d'araignée. On obtient ainsi une croûte dure, au-dessous de laquelle la cicatrisation se fait, et qui tombe lorsque cette cicatrice est complète.

### 3<sup>o</sup> Hypertrophies glandulaires de la peau.

On trouve très-souvent dans la peau de petites tumeurs dues à l'hypertrophie des trois glandes que cette membrane renferme : les glandes sudoripares, les follicules pileux et les glandes sébacées. Ces hypertrophies glandulaires, qu'une étude anatomo-pathologique approfondie permet aujourd'hui de distinguer les unes des autres, sont tantôt uniques, tantôt multiples, tantôt simples, tantôt composées, soit que toutes les glandes aient augmenté en même temps de volume, soit que ces organes servent de dépôt aux éléments corpusculaires de l'*épithéliome*. Mais il ne sera question ici que des hypertrophies simples.

**a. Hypertrophie des glandes sudoripares.** — Cette lésion, entrevue par Simon et Fuhrer (1), n'a pris véritablement rang dans la science qu'après le travail intéressant de Verneuil sur ce sujet. Toute une classe de tumeurs hypertrophiques, méconnue jusqu'alors, nous a été ainsi révélée par les habiles recherches de notre savant ami, qui distingue deux variétés de cette lésion : l'*hypertrophie kystique* et l'*hypertrophie générale*.

(1) Rückblicke auf die Fortschritte der Medicin im Jahre 1850. Erlangen, 1851, p. 213.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hypertrophie kystique, c'est-à-dire la dilatation des tubes avec production liquide dans leur cavité, est caractérisée par de petites élevures molles, flasques, sans changement de couleur à la peau. Dans un fait que j'ai observé, et où la tumeur, du volume d'une grosse amande, était située au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde, la peau amincie recouvrait une masse rougeâtre, formée de plusieurs bosselures, à parois minces et distendues par du liquide. Verneuil a vu, dans un cas, ces hypertrophies kystiques en grand nombre sur les parties latérales du cou, sur les épaules et la région supérieure du dos. On trouvait là une foule de petites élevures molles, plus ou moins saillantes, arrondies, pâles ou légèrement rosées, translucides, de 1 à 3 millimètres de diamètre. Quelques-unes étaient pédiculées comme des polypes mous et mobiles. L'examen micrographique ne fit voir que des tubes dilatés de glandes sudoripares.

L'hypertrophie générale consiste en de petites tumeurs solides, globuleuses ou en traînées flexueuses, épaisses, blanchâtres, translucides, et qu'on peut facilement énucléer du tissu cellulaire sous-cutané. Ces tumeurs sont formées par des circonvolutions de cylindres bosselés, remplis d'un épithélium pavimenteux fin, à noyau un peu allongé, comme on les voit représentés dans la figure ci-contre.

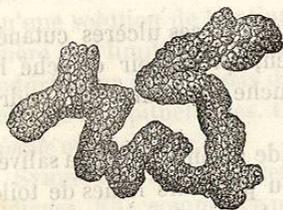


Fig. 7. — Tube déroulé d'une glande sudoripare gonflée d'épithélium.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces tumeurs, en général indolentes, passent souvent inaperçues du malade, parce que leur accroissement est d'abord fort lent; mais, dans certains cas, après avoir progressé lentement, elles s'accroissent vite et s'ouvrent à l'extérieur. De là résultent des ulcérations qui reposent sur une base profonde, indurée, et dans le voisinage desquelles se trouvent souvent d'autres tumeurs dures et indolentes de la peau formées également par l'hypertrophie des glandes sudoripares.

Lotzbeck a publié (1) le fait d'une tumeur hypertrophique de ces glandes développée entre l'angle externe de l'œil et le tragus, chez un enfant âgé de moins d'un an. Cette tumeur a paru coïncider avec une petite tache érectile congénitale.

On soupçonne l'existence de ces tumeurs aux signes précédents; mais il n'existe aucun caractère pathognomonique de la lésion. Le pronostic de cette hypertrophie glandulaire n'est pas grave; cependant quand ces tumeurs sont peu nombreuses et isolées, on doit les extirper par le bistouri, afin d'éviter leurs transformations ultérieures.

b. **Hypertrophie des follicules pileux.** — Rarement les follicules pileux se développent seuls au point de former de petites tumeurs isolées: presque toujours l'hypertrophie de ces follicules accompagne celle des glandes

(1) Virchow's Archiv, 1859, vol. XVI, S. 160.

sébacées. Dans les cas où l'on a pu observer le simple développement des follicules, on a d'abord vu le poil se détacher, et l'ouverture de la gaine du poil se rétrécir considérablement ou s'oblitérer. Alors le fond des follicules pileux est distendu par des cellules épidermiques aplaties et desséchées, et non par de la graisse. Ainsi prennent naissance de petites tumeurs globuleuses, indolentes, qui ressemblent beaucoup à celles que nous allons maintenant décrire.

c. **Hypertrophie des glandes sébacées.** — On a donné des noms différents aux divers degrés de l'hypertrophie des glandes sébacées; mais les mots de *comédons*, *tannes*, *loupes*, etc., s'appliquent à des lésions du même ordre, comme le démontre un examen attentif au début de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On rencontre surtout ces hypertrophies là où existent en abondance des glandes pilo-sébacées, comme à la tête, à la face, au dos et aux épaules. On en distingue plusieurs degrés dont les noms variés marquent seulement des altérations plus ou moins avancées de la glande.

1° *Comédons.* — Ce sont d'abord de simples accumulations de graisse et de matière épithéliale dans la glande sébacée, par suite d'une oblitération de l'orifice du canal commun au follicule pileux et au follicule sébacé. Les cellules ainsi accumulées sont remplies d'éléments graisseux. La figure 8 donne une bonne idée de la structure de ces comédons. Le canal excréteur de la glande sébacée est raccourci, et le canal commun dilaté; tous deux sont remplis d'une matière visqueuse, que, par la pression, on fait facilement sortir au dehors sous la forme de petits cylindres jaunâtres. L'orifice de la glande est souvent marqué à la surface de la peau par un point noirâtre dû à la matière sébacée qui tend à faire hernie, se dessèche et s'infiltre de la poussière extérieure. On ne manque pas, dans le monde, de comparer à des vers la matière sébacée qui sort en petits cylindres des follicules, sans songer que cette substance sert souvent de demeure à un animalcule (*Demodex folliculorum*), découvert en 1842 à la fois par Simon (de Berlin), et par Henle.

Ce *Demodex* existe à l'état normal chez presque tous les individus adultes, mais on le voit de préférence chez les personnes à peau lisse, luisante, dont la sécrétion sébacée est abondante. Pour bien étudier cet animalcule on prendra la matière jaune vermicellée qui sort d'une glande sébacée distendue, surtout des *comédons* qu'on trouve autour du lobule ou des ailes du nez; on étendra cette matière sur

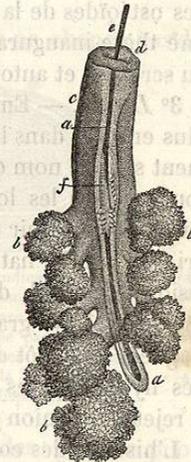


Fig. 8. — Premier degré de l'hypertrophie d'une glande sébacée (comédon). Grossissement de vingt fois. — a, a, poil et bulbe pileux; b, b, lobules hypertrophiés de la glande sébacée; c, canal commun au follicule pileux et à la glande sébacée, distendu par de l'épithélium qui fait saillie au dehors, en d; e, poil qui traverse cet amas d'épithélium; f, *Demodex folliculorum*.

BIBLIOTHECA  
MUSEI HISTORICO-NATURALIS  
MUSEI HISTORICO-NATURALIS