

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Verneuil (maladie de)**

**VERNEUIL. - Etudes sur les tumeurs
de la peau; de quelques maladies des
glandes sudoripares**

*In : Archives générales de médecine, 1854, t. 4, pp.
447-68*

potassium, donnés à haute doses; dans les cas aigus, le calomel associé aux antiphlogistiques, paraissent au contraire avoir donné des résultats décisifs.

ÉTUDES SUR LES TUMEURS DE LA PEAU;
DE QUELQUES MALADIES DES GLANDES SUDORIPARES;

Par le Dr **VERNEUIL**, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

(2^e article.)

Dans un premier article que j'ai publié dans ce recueil (mai 1854), j'avais rassemblé quelques cas de tumeurs cutanées de nature diverse, dans le but surtout de montrer que les nombreux éléments dont se compose le tégument externe deviennent séparément malades et de plusieurs manières: d'où il suit que les tumeurs qui en résultent sont extrêmement multipliées d'abord, puis présentent une foule d'aspects différents dont on ne peut se rendre compte qu'en tentant une localisation anatomique rigoureuse et du reste assez facile. J'ai continué depuis cette époque mes recherches avec beaucoup d'intérêt, et j'ai recueilli assez de faits pour pouvoir dès à présent les ranger en catégories et les grouper plus naturellement. Je me propose, dans les pages suivantes, de rassembler quelques documents sur la pathologie des glandes sudoripares.

Malgré leur nombre immense, malgré l'importance majeure de la fonction qu'elles remplissent, ces glandes n'ont presque pas attiré l'attention des pathologistes, leurs maladies n'ont été nulle part traitées dogmatiquement, et les quelques assertions qu'on trouve çà et là sur la part qu'elles prennent dans les dermatoses sont à la fois très-incomplètes et à peu près dénuées de preuves. Les recherches auxquelles je me livre m'ont déjà fait facilement prévoir que ces organes étaient susceptibles de présenter toutes les maladies dont le système glandulaire en général peut être atteint, maladies fort nombreuses et toujours fort utiles à connaître. Cependant, comme je ne veux pas faire une monographie en ce moment, je traiterai des lésions qui intéressent surtout le chirurgien,

en faisant remarquer que tout accroissement un peu notable des éléments anatomiques de la peau faisant nécessairement une saillie anormale, une *tumeur*, comme on dit, un grand nombre d'affections cutanées rentrent directement dans le cadre de la pathologie externe.

Il est probable que les glandes sudoripares doivent s'enflammer soit primitivement, soit consécutivement, comme par exemple dans l'érysipèle, le phlegmon, les plaies superficielles, les brûlures, etc., mais on ne possède aucun document certain sur ce point.

On admet que l'eczéma, l'herpès, en un mot certaines affections cutanées superficielles et accompagnées de vésicules, sont dus à des affections inflammatoires aiguës avec hypersécrétion des glandes qui nous occupent; le nom d'*udosadénite* a même été donné à l'eczéma en vue de cette hypothèse (1). Je ferai remarquer que, le corps de la glande siégeant surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané, les phénomènes pathologiques devraient avoir un siège plus profond qu'il n'est dans l'eczéma, et que d'ailleurs cette maladie est fort rare à la plante des pieds, à la paume des mains, où les organes qui sécrètent la sueur sont en si grande abondance. Peut-être y aurait-il plus sujet de penser à cette inflammation dans la suette miliaire, affection dans laquelle une réaction inflammatoire franche envahit souvent toute l'épaisseur de la peau.

J'ai recueilli, jusqu'à ce jour, peu de documents sur l'inflammation aiguë des glandes en question, cependant je serais porté à en voir un exemple dans l'observation suivante. Je n'ai pu, il est vrai, observer le sujet de son vivant; mais on comprend que l'examen anatomique a plus de valeur ici que l'exploration clinique, puisqu'il s'agit de déterminer le siège anatomique d'une lésion qui à l'extérieur n'offrirait rien de caractéristique.

OBSERVATION I^{re}. — *Inflammation de la région sacrée et fessière, abcès multiples circonscrits et sous-cutanés siégeant probablement dans les glandes sudoripares* (2). — Chez un malade jeune et mort

(1) Cellier, thèse inaugurale, novembre 1853; de l'*Udosadénite* (Piorry).

(2) Peut-être est-ce une affection du même genre que M. le Dr Touzé a décrite, dans un chapitre de sa thèse sur les dermopathies et dermonécrosies sacro-coccygiennes, sous le nom de *dermite septicémique sacrée* (thèse de Paris, n° 91, mai 1853, p. 21).

dans un état de maigreur extrême, les régions sacrée, fessière et trochantérienne, présentaient un assez grand nombre de petites eschares bien limitées et tout à fait isolées les unes des autres. Dans tous ces points, la peau était manifestement congestionnée dans son épaisseur tout entière; en outre, on remarquait une grande quantité de petites pustules disséminées, très-circonscrites, sans inflammation plus vive à l'entour, et ne dépassant pas, pour la plupart, le volume d'une tête d'épingle; ces petites poches, assez flasques, étaient à peine distendues par un liquide filant comme du mucus nasal et soulevant l'épiderme sans le rompre; lorsque la couche épidermique était enlevée, un courant d'eau, dirigé sur le fond de la pustule, montrait le derme à nu, et laissait apercevoir, au centre de la portion dénudée, un petit pertuis rougeâtre dans lequel on pouvait introduire une soie de sanglier ou un stylet très-fin; on s'engageait ainsi dans un canal d'un cinquième à un tiers de millimètre traversant le derme de part en part et conduisant le plus souvent à une cavité sous-dermique beaucoup plus vaste que l'ampoule sous-épidermique, et rempli toutefois d'une matière analogue.

Des coupes perpendiculaires de la peau faites avec précaution m'ont montré, d'une manière très-distincte, ces deux collections, l'une superficielle, l'autre profonde, communiquant par un canal qui traversait le derme; des traces d'une inflammation assez vive existaient dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, au pourtour de la collection sous-dermique.

Cette disposition me fit songer à la possibilité de la fonte purulente des glandes sudoripares, à la propagation de l'inflammation dans ce qui représente le conduit excréteur, et enfin à l'accumulation du pus sous l'épiderme. Le liquide avait partout le même caractère; il était visqueux, filant, verdâtre, comme le mucus nasal dans le coryza; il se mélangeait mal à l'eau, et s'étendait entre deux verres plutôt que de se dissoudre dans l'eau ajoutée. A l'examen microscopique, il n'avait pas les caractères du pus phlegmoneux, il était formé par un mélange de matière amorphe, d'un grand nombre de granulations moléculaires, de cellules ressemblant à de l'épithélium nucléaire, d'autres corpuscules enfin rappelant imparfaitement les globules du pus (1), et qui se rapprochaient plus de ce qu'on a appelé les *globules pyoïdes*. Indépendamment de ces éléments assez mal caractérisés, on trouvait un bon nombre de fibres élastiques (fibres de noyaux) dans la matière des collections sous-dermiques.

(1) Il ne faut pas croire que toutes les ampoules sous-épidermiques qui sont désignées sous le nom de *pustules*, à cause de la couleur plus ou moins trouble du liquide contenu, renferment du pus véritable; un certain mélange de cellules épidermiques dans du liquide peut simuler cette apparence purulente, comme par exemple dans la variole à son début.

Je ne donne cette observation qu'avec réserve, car c'est surtout la disposition curieuse de ces collections qui m'a fait adopter l'interprétation que je donne ici; c'est donc un point à revoir et à démontrer d'une manière plus satisfaisante.

Comme toutes les glandes, celles qui nous occupent offrent des troubles de sécrétion très-manifestes qui sont peut-être indépendants de lésions anatomiques appréciables; ces troubles consistent dans l'augmentation, la diminution des quantités du produit sécrété, ou dans la *perversion* des qualités de ce liquide.

Il est peu d'organes sécréteurs qui obéissent aussi fidèlement à l'action stimulante de certaines médications spécifiques, telles que les sudorifiques, l'hydrothérapie, etc. etc.; les sueurs critiques ont également joué un grand rôle dans la médecine ancienne; enfin on a étudié un grand nombre de modifications de cette sécrétion importante dans les articles où l'on s'est occupé des usages de la peau et de la transpiration cutanée; seulement, comme on regardait l'exhalation cutanée comme une fonction toute spéciale: la *transpiration insensible*, sans se douter qu'elle avait son point de départ dans une sécrétion fournie par des glandes distinctes, il y a lieu de reprendre toutes ces questions sous leur vrai point de vue et de les faire rentrer dans les lois de la pathologie générale des glandes.

Je serais même porté à considérer comme des *lésions des glandes sudoripares* ces cas cités par les auteurs de sueurs bornées à la moitié de la tête ou du tronc, ou à des régions très-circonscrites des téguments. Cette opinion, qui n'a rien d'extraordinaire du reste, puisque toutes les glandes offrent des exemples de ces flux développés sous l'influence du système nerveux, cette opinion, dis-je, s'appuie sur des expériences récentes qui ont démontré que sous l'influence de la section de certains filets nerveux, on voit apparaître dans la moitié correspondante de la tête et du cou des sueurs très-abondantes qui persistent très-longtemps, quoique l'animal soit maintenu dans un milieu très-froid (1).

Je ne dirai qu'un mot, en passant, de l'*atrophie* des glandes sudoripares; je l'ai constatée à peu près constamment au niveau

(1) Voir Colin, *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques*, t. I, p. 124; 1851.

des points où la peau subit des pressions fortes et répétées, comme par exemple là où siègent des cors, des indurations épidermiques. Si l'on excepte la couche épidermique, qui acquiert alors une grande épaisseur, toutes les autres couches de la peau sont très-amincies, les glandes disparaissent donc sans doute par compression. C'est un point sur lequel je reviendrai quand je traiterai de la structure des cors et de la disposition des parties environnantes. Il y aurait à rechercher s'il en est de même toutes les fois que la peau est amincie par la présence d'une tumeur sous-jacente.

Dans deux cas d'éléphantiasis des Arabes, M. Sinz (1) parle de l'atrophie et de la disparition des glandes sudoripares; peut-être ces organes sont-ils étouffés par le développement énorme que prend la trame fibreuse du derme. J'ai voulu savoir à quoi m'en tenir sur ce point, et j'ai examiné des portions de peau de la plante du pied provenant de membres affectés d'éléphantiasis des Arabes et conservés dans notre musée Dupuytren; j'y ai constaté sans peine l'existence des glandes en question; elles paraissaient avoir conservé leur volume, leur enroulement normal; le long séjour de ces pièces dans l'alcool, ne m'a pas permis de reconnaître si la structure était conservée, mais j'ai pu combler cette lacune sur une portion de la peau de la jambe d'une femme affectée d'éléphantiasis des Arabes et qui mourut du choléra. En étudiant les altérations des téguments et en soumettant à l'examen plusieurs tranches minces du derme épaissi, j'ai retrouvé les glandes tubuleuses en question; elles m'ont paru tout à fait normales, sauf peut-être un léger accroissement dans le volume, elles étaient tapissées par leur épithélium. Il est bon de remarquer que le derme, dans ce cas, n'était pas très-hypertrophié. On voit donc que de nouvelles recherches peuvent seules faire concorder les résultats opposés de M. Sinz et les miens.

Les dermatoses chroniques amènent sans doute des lésions plus ou moins graves dans l'appareil sudoripare, car il est dit que dans quelques affections anciennes, comme le lichen invétéré, etc. etc.,

(1) « Pili et glandulae sudoriparæ in utroque casu in partibus morbo laborantibus decrant... » (Sinz, *de Elephantiasi Arabum*, p. 24; Zurich, 1842).

le *système exhalant* (1) est, dans les points malades, d'une inertie complète. Bielt a observé plusieurs fois que dans le bain de vapeurs même, ces surfaces conservaient leur sécheresse.

Tous les faits que j'ai indiqués jusqu'à présent sont vagues et incomplets; je n'en ai parlé que pour montrer qu'il y a là un vaste champ d'études à défricher; je ne doute pas que ce sujet, examiné à fond, ne fournisse des données très-précieuses à la physiologie et à la pathologie cutanées. Au reste, dans ces derniers temps, l'appareil sudoripare a été l'objet de recherches très-intéressantes, parmi lesquelles je citerai, en première ligne, la description donnée par M. Sappey (2), les belles études de M. Favre (3), et quelques travaux moins importants, tels que la thèse inaugurale de M. Berne (4). Je crois enfin que les auteurs qui s'appliquent à donner à l'hydrothérapie le caractère scientifique qui lui manquait jusqu'à ce jour feront bien d'interroger ce système important.

J'aborde maintenant un point sur lequel je pourrai fournir des documents plus complets. Un certain nombre de faits se sont présentés à mon observation, et j'ai pu recueillir en même temps l'histoire de la plupart des sujets affectés de lésions de ces glandes. Les cas que je vais rapporter sont donc de nature à établir bien nettement que certaines tumeurs de la peau sont formées par des altérations organiques des glandes sudoripares. C'est à l'hypertrophie que se rapportent ces altérations. J'ai constaté jusqu'à ce jour trois variétés bien distinctes de cette lésion, chacune de ces variétés a des caractères tranchés; jusqu'à nouvel ordre, j'admettrai donc :

1° *L'hypertrophie kystique*, c'est-à-dire la dilatation des tubes avec production liquide dans leur cavité (5).

2° *L'hypertrophie générale*, dans laquelle on constate à la fois l'augmentation de calibre des tubes, la formation d'éléments glan-

(1) Cazenave, *Maladies de la peau*, p. 305, 3^e édition; 1838.

(2) *Traité d'anatomie*, t. II, p. 464; 1853.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1853, 5^e série, t. II, p. 1.

(4) *Du Système cutané*, thèse inaugurale, 1854, n^o 113.

(5) Les kystes qui se développent dans les cavités sécrétantes (culs-de-sacs des glandes en grappe, tubes sécréteurs ou follicules clos) doivent être considérés comme un mode de l'hypertrophie glandulaire; c'est un point que je crois avoir contribué à démontrer péremptoirement.

dulaires nouveaux, et une production concomitante très-abondante de l'épithélium intérieur.

3° *L'hypertrophie avec mélange ou infiltration de cellules d'épiderme cutané*, variété qui se rapproche beaucoup des productions dites *cancroïdes*, ou hypertrophies épidermiques.

La position des glandes sudoripares explique comment toutes ces maladies revêtent la forme de tumeurs faisant saillie à la surface de la peau, circonstance qui peut faciliter beaucoup leur diagnostic.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. *Hypertrophie kystique*. — Une pièce que j'ai examinée l'an dernier a été le point de départ de mes recherches; j'en ai consigné les détails dans les *Mémoires de la Société de biologie* (1), je vais en donner ici un court extrait.

Obs. II. — Homme, 40 ans, tumeur du volume d'une grosse amande, située au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde, plus haut que le bord supérieur de la glande parotïde, molle, mais non fluctuante, irréductible, peu mobile, mais sans adhérence à l'os, bosselée comme certaines dilatations veineuses; la peau qui la recouvre est mobile et sans changement de couleur ni de texture. Cette affection s'est développée lentement, sans cause connue; elle n'a jamais été douloureuse, mais elle s'accroît, et le malade désire en être débarrassé. M. Follin procède à l'ablation. La peau amincie recouvre une masse rougeâtre formée de plusieurs bosselures à parois minces et distendues par du liquide. L'énucléation étant impossible, on dissèque sur toute la circonférence de la tumeur, et l'on ouvre successivement plusieurs poches, d'où s'écoule un fluide clair, ténu, semblable à la sérosité sanguinolente qui distend certaines phlyctènes.

Après l'extirpation, je retrouve deux petits kystes restés intacts; à un faible grossissement, ils se présentent sous la forme de vésicules translucides à paroi bien distincte et assez épaisse, remplies par un liquide tout à fait semblable à celui qui remplissait les poches plus volumineuses. Ce fluide, examiné à 500 diamètres, renferme deux espèces de cellules épithéliales: 1° des épithéliums nucléaires, pâles, réguliers, arrondis ou polygonaux; 2° des cellules d'épithélium pavimenteux très-bien conservées, à parois claires et munies d'un noyau bien distinct. Ces éléments sont ou flottants ou réunis en plaques plus ou moins étendues et disposées en élégantes mosaïques; en raclant la paroi des grands

(1) *Bulletin et mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, t. V, 1853, p. 73.

kystes, on obtient les mêmes éléments; quelques globules de sang, quelques corpuscules granuleux, sont également flottants dans ce liquide, qui ne renferme ni graisse, ni cellules sébacées, ni cristaux de cholestérine, etc. etc. La trame de la tumeur est formée par un tissu cellulaire fort délicat dans lequel je retrouve très-manifestement des fragments plus ou moins longs de glandes sudoripares.

Je termine mon observation par une courte discussion dans laquelle j'établis qu'il s'agit d'une dilatation kystique des glandes de la sueur, en m'appuyant sur les caractères des épithéliums, sur le siège du mal et sur sa nature évidemment glandulaire, etc. etc. Mon interprétation fut acceptée par mes collègues, et entre autres par M. Robin, qui examina avec moi ce fait insolite.

Depuis cette époque, j'ai pu me convaincre que cette lésion n'était pas très-rare, et je l'ai étudiée sur le cadavre, où elle se présente sous la forme de petites élevures molles, flasques, sans changement de couleur. La peau est très-amincie à leur niveau. J'en ai trouvé chez un certain nombre de sujets en examinant bien attentivement la surface de la peau; leurs caractères sont assez tranchés pour que je puisse déjà les reconnaître à l'œil nu. Dans ces circonstances, elles n'offrent aucun intérêt chirurgical; car elles ne déterminent aucun inconvénient, et sont confondues dans cette grande classe de tumeurs à origine si variée que le vulgaire désigne sous le nom général de *verrues*; mais leur état peu avancé, leur petit volume, les rendent au contraire très-précieuses pour l'anatomo-pathologiste, qui voit ainsi la lésion à son début, et peut dès lors comprendre sans peine son évolution.

Je me contenterai de citer ici l'examen que j'ai fait de plusieurs productions de ce genre recueillies sur un même sujet; M. Houel, conservateur du musée Dupuytren, a vu quelques-unes de ces préparations.

Obs. III. — *Kystes multiples et fort petits formés par les glandes sudoripares.* — En examinant la peau d'un sujet d'une cinquantaine d'années, je vis les parties latérales du cou, les épaules et la région supérieure du dos, parsemées d'une foule de petites élevures molles plus ou moins saillantes, arrondies, pâles ou légèrement rosées, translucides, les unes hémisphériques et dépassant à peine d'un millimètre le niveau des parties voisines, les autres globuleuses, plus proéminentes, ayant environ 2 ou 3 millimètres de diamètre, d'autres enfin pédiculées et figurant de petits polypes mous, mobiles, semblables à de petits sacs

flasques et à demi vides. Aucune trace d'inflammation ne se remarquait autour de ces petites tumeurs, la peau qui les recouvrait était fort mince et comme ridée, elle adhérait fortement au tissu qui les formait; une incision pratiquée sur ces petites saillies les affaissait aussitôt et donnait issue à une gouttelette d'un liquide transparent jaunâtre un peu filant, rappelant la synovie. En incisant quelques-unes de ces productions, et en les débarrassant de la peau sus-jacente, on reconnaissait sans peine qu'elles étaient formées par des glandes sudoripares considérablement et très-inégalement amplifiées; ici les circonvolutions formées par les tubes sécréteurs étaient fort reconnaissables; là on voyait des dilatations fusiformes ou arrondies, circonscrites, et qui atteignaient jusqu'à un millimètre et plus de diamètre. C'étaient ces ampoules qui renfermaient le liquide que je notais plus haut, ou assistait en quelque sorte à la formation de ces kystes, car en certain point on voyait le coude, formé par une anse du canal sécréteur, se dilater et figurer une sorte de diverticulum rendu transparent par la présence d'un fluide, et acquérant un tiers ou même un demi-millimètre, beaucoup plus ample dans tous les cas que les portions de tube qui lui faisait suite, et qui, en certains points, rappelaient les baguettes de verre effilées à la lampe; les parois glandulaires étaient, en certains points, manifestement épaissies, on distinguait dans leur épaisseur des couches fibreuses stratifiées; des faisceaux de tissu cellulaire résistant sillonnaient la masse glandulaire, ralliaient entre elles les circonvolutions, et les unissaient solidement à la face profonde de la peau amincie et au derme voisin. J'ai vu, dans deux ou trois cas, un follicule pileux traverser la petite tumeur; dans un autre point, quelques cellules pigmentaires accumulées à la surface de la peau, qui recouvrait la tumeur, faisaient croire à un petit nævus. Les tubes sudoripares, grands ou petits, dilatés ou non, renfermaient leur épithélium caractéristique, c'est-à-dire ces cellules pavimenteuses si petites, qu'on croirait avoir affaire à un épithélium nucléaire; en d'autres points la cellule était beaucoup plus développée, et je retrouvais ces belles cellules régulières de ma première observation; l'acide acétique rendait ces derniers détails très-évidents.

J'ajouterai, comme complément de cette description, qu'aucune des petites tumeurs précédentes ne renfermait ni cellules d'épiderme, ni papilles hypertrophiées, et que le développement des vaisseaux y était très-peu marqué.

Cette observation jette quelque lumière sur le développement des dilatations kystiques dans les glandes tubuleuses, où il est plus difficile à comprendre que dans les acini des glandes en grappe, et surtout que dans les follicules clos. La cavité des tubes ici se dilate, là se rétrécit et paraît comme étranglée; le liquide, continuant à

être sécrété, distend les points les moins bridés par les éléments voisins, et les poches se forment et s'isolent par un mécanisme facile à comprendre; la paroi, s'hypertrophie simultanément comme pour résister à la distension, et d'amorphe qu'elle est à l'état normal, elle devient fibroïde et s'épaissit notablement. On comprend encore très-bien comment les kystes sont multiloculaires, comme dans ma première observation, quand bien même la lésion ne porterait que sur un seul tube susceptible de s'étrangler de distance en distance, et de se segmenter en poches multiples, qui cessent bientôt de communiquer.

Deux particularités anatomiques paraissent favoriser ce travail pathologique. La première consiste dans l'enroulement, dans les flexuosités, que décrivent les tubes sudoripares. Dans les glandes axillaires libres, au milieu d'un tissu cellulaire lâche, on voit fréquemment le tube enroulé présenter, au niveau de ses courbures, une augmentation très-notable dans son calibre, augmentation qui peut aller jusqu'à doubler ce calibre. La seconde circonstance réside peut-être dans l'hypertrophie du tissu cellulaire, ordinairement très-lâche, qui réunit entre elles les circonvolutions glandulaires. Ces remarques sont sans doute applicables aux tubes séminifères, qui, dans leur arrangement, présentent assez de ressemblance avec les glandes tubuleuses de la peau. L'existence des kystes multiples du testicule est aujourd'hui bien démontrée, on s'accorde assez généralement à leur reconnaître pour point de départ les canaux séminifères (opinion qui est tout à fait démontrée pour moi). Or, dans tous ces cas, on note en même temps que l'existence d'un grand nombre de kystes isolés, une hypertrophie très-notable du tissu cellulaire si ténu qu'on trouve dans le testicule normal. Le rapprochement que je fais ici ne s'appuie que sur le raisonnement; j'attends de pouvoir, les pièces en main, infirmer ou valider sa justesse.

Il résulte de ces faits qu'aujourd'hui je ne conserve plus les doutes prudents que j'avais émis dans mon premier travail sur l'existence d'une variété nouvelle de tumeur de la peau, formée par l'hypertrophie kystique des glandes sudoripares; je reconnais toutefois qu'il faut de nouveaux faits pour tracer la description de cette maladie. En effet, je n'ai rien à dire sur l'étiologie; les causes des kystes glandulaires sont obscures comme celles de toutes les hypertrophies

en général ; les symptômes physiques et physiologiques, la marche, ne peuvent être déduits d'un nombre aussi restreint d'observations ; tout ce que je puis dire, c'est que les tumeurs qui nous occupent paraissent s'accroître lentement, et déterminer peu de réaction de voisinage. Lorsqu'elles sont petites, elles peuvent être confondues avec des verrues, dont elles se distingueraient à peine par une consistance moindre, et par une sorte de transparence ; mais le diagnostic a ici d'autant moins d'importance, que dans aucun cas le chirurgien n'aurait à intervenir.

Quand les tumeurs acquièrent un volume notable, elles pourraient surtout être confondues avec des hygromas sous-cutanés accidentels ; au moins est-ce l'idée qui m'était tout d'abord venue, quand j'ai examiné, avant l'opération, la tumeur enlevée par M. Follin.

Le pronostic me paraît dépourvu de gravité, et si les tumeurs en question paraissent peu susceptibles de disparaître spontanément, au moins elles ne présentent aucun caractère fâcheux, et je crois que l'opération, si elle était jugée nécessaire, aurait toute l'efficacité désirable.

Le traitement serait essentiellement chirurgical ; les incisions multiples, l'excision avec cautérisation, l'extirpation avec l'instrument tranchant, seraient sans doute les moyens les plus efficaces ; ce dernier moyen préviendrait surtout la récurrence. Au reste j'aime mieux m'arrêter là, et laisser les faits compléter cette histoire, que l'improviser avec des analogies, mon but étant surtout d'établir des espèces non décrites sur les bases solides de l'anatomie normale et pathologique.

2° *Hypertrophie générale.* — J'arrive à une autre classe de productions, qui, à en juger par les faits que j'ai déjà observés, seraient loin d'être rares, et que je ne trouve cependant mentionnées nulle part (1). Les faits que je vais fournir ne sont pas seulement curieux,

(1) M. Lebert, dans l'excellent chapitre qu'il a consacré à l'étude des tumeurs homœomorphes de la peau, ne fait aucune mention de cette variété, quoiqu'il ait tracé un très-bon tableau des altérations dont la peau peut devenir le siège et qui sont confondues sous le titre trop général de canéroïdes.

Hannover, dans ses recherches sur l'épithélioma, parle en deux ou

ils offrent un intérêt très-grand, car ils apportent des arguments très-décisifs dans la discussion encore pendante sur les tumeurs de la peau qui simulent le cancer, et qui ont été pendant longtemps confondues avec lui; elles prouvent que les modernes eux-mêmes ont été trop exclusifs, en admettant que l'hypertrophie épidermique était la seule base des tumeurs non cancéreuses de la peau. Les *cancroïdes* (mot qui doit disparaître, mais dont on peut se servir encore provisoirement) cutanés sont au moins de trois espèces : les unes, formées par une production exagérée d'épiderme; les autres, par des hypertrophies des papilles cutanées avec ulcération; d'autres enfin par l'hypertrophie des glandes sudoripares simple, ou compliquée d'une infiltration épidermique. Avant d'entrer dans la discussion, je vais rapporter des faits.

Obs. IV. — *Tumeur ulcérée de la peau ayant pour base les glandes sudoripares hypertrophiées.* — Dans le courant du mois de mai 1854, on apporta à l'École pratique le cadavre d'une femme de 50 ans environ. Les cheveux étaient roux et blancs; la face, la poitrine et les membres, étaient couverts de taches de rousseur; la peau était sèche, peu vasculaire, presque complètement dépourvue de poils. Dans la région temporale gauche, au-dessous de l'extrémité externe du sourcil, on voyait une ulcération superficielle de la largeur d'une pièce de 1 franc environ, dont les bords étaient peu élevés et dont le fond était recouvert par une croûte mince; elle ne paraissait intéresser que les couches les plus superficielles du tégument; en arrière et au-dessous de cette solution de continuité, vers le bord supérieur de l'arcade zygomatique, on voyait cinq à six croûtes squammeuses assez minces et cependant assez dures, ayant 3 à 4 millimètres de diamètre; en enlevant ces croûtes, peu adhérentes du reste, on découvrait des ulcérations très-superficielles, arrondies, entourées par un bourrelet un peu saillant;

trois lignes des altérations des follicules de la peau, et je me rappelle vaguement avoir entendu émettre cette opinion, que les cancroïdes reconnaissent toujours pour point de départ l'hypertrophie papillaire ou celle des follicules de la peau. Enfin M. Cruveilhier, examinant une ulcération chronique de la peau prise pour du cancer et qui avait nécessité l'amputation de la jambe, émit l'idée qu'il s'agissait plutôt d'une altération des follicules cutanés; opinion que vérifia, à ce qu'il paraît, l'examen fait par M. Leudet.

De là à une démonstration il y a loin, et d'ailleurs ce mot *follicules* jette une assez grande obscurité sur ce qu'ont voulu dire ces auteurs, puisque l'on pourrait l'attribuer à tout autre élément de la peau qu'aux glandes sudoripares, qui sont des glandes tout à fait complètes.

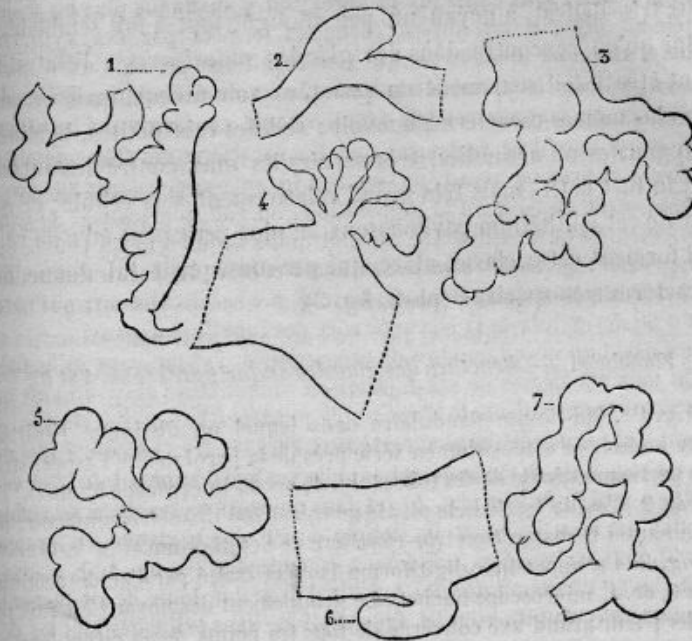
entre ces ulcères et ces croûtes, le tégument paraissait le siège d'altérations commençantes très-circonscrites, consistant dans de légères élevures blanchâtres sur la surface desquelles l'épiderme s'exfoliait, mais sans qu'il existât néanmoins de solutions de continuité; enfin, dans toute cette région, on remarquait encore de petites tumeurs qui paraissaient situées dans l'épaisseur de la peau, solides au toucher, blanchâtres, élevées d'un millimètre à peine au-dessus des parties voisines; elles étaient épaisses, comme globuleuses, ou bien disposées en trainées flexueuses; on les retrouvait assez loin du siège principal du mal, c'est-à-dire de l'ulcération. C'est ainsi que j'ai pu constater leur présence dans la peau de la paupière inférieure et dans celle qui recouvre le bord inférieur de l'os de la pommette. En disséquant la peau dans les points malades, on voit qu'au niveau de l'ulcération elle est détruite dans toute son épaisseur, et que les petites tumeurs, ulcérées ou non à leur surface, occupent toute son épaisseur.

La structure des tumeurs les moins développées va d'abord fixer notre attention. En pratiquant des coupes perpendiculaires à leur niveau, on reconnaît qu'elles arrivent jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'elles ont envahi toute l'épaisseur du tégument, fort mince du reste dans cette région, et qu'elles sont encore recouvertes par la couche épidermique; le derme paraît avoir éprouvé en cet endroit une sorte de perte de substance; le tissu pathologique tranche très-nettement sur les parties voisines par sa coloration blanche, par sa friabilité; les masses qu'il forme s'énucléent assez facilement des petites loges qui les contiennent et adhèrent à peine aux éléments ambiants; enlevées avec la pointe d'un scalpel, elles paraissent formées de petits cylindres vermiformes, lisses à leur surface, assez mous, et qu'on peut réduire en pulpe par la pression. Dans les tumeurs recouvertes de croûtes ou d'épiderme en voie d'exfoliation, l'apparence vermiforme est moins marquée, et l'on croirait plutôt avoir affaire à une matière caséuse ou à du tubercule un peu ramolli; on croirait avoir sous les yeux les cylindres enroulés qu'on extrait par la pression des glandes sébacées; cependant la substance en question est plus blanche, plus nacréée, elle est translucide, et n'a pas l'aspect de la graisse. On retrouve les mêmes éléments vermiformes ou la même matière pulpeuse en plusieurs points de la circonférence de l'ulcération principale, de telle sorte qu'il est aisé de conclure que tous les aspects de la peau, dans la région malade, se rapportent à une même altération à divers degrés de développement; il paraît évident que cette altération débute, pour ainsi dire, dans les petites tumeurs isolées qui sont éparses à la circonférence de l'ulcération, et qu'elle est au contraire arrivée à son apogée au niveau de cette dernière.

L'examen microscopique confirme cette supposition et révèle des détails fort curieux: un fragment du tissu morbide, examiné à un grossissement de 50 diamètres, se montre sous la forme d'une masse fine-

ment granulée, sans vaisseaux ni fibres; on y distingue plus ou moins nettement des circonvolutions enroulées formées par des cylindres pleins d'un grand diamètre, et qui sont manifestement de nature glandulaire; à la circonférence de la masse, on voit des prolongements digitiformes ou ampullaires très-régulièrement conformés, à contours nets, et qui possèdent également tous les caractères des éléments glandulaires; au premier abord, ils simulent les culs-de-sac d'une glande en grappe; mais, en lacérant la préparation, on voit que pour la plupart ils affectent la forme tubuleuse aussitôt qu'ils acquièrent un peu de développement; quand ils sont peu saillants encore, ils paraissent seulement des dilatations excentriques, sorte de bourgeons latéraux qui naissent d'un des points de la circonférence des tubes principaux.

En faisant un grand nombre de préparations, j'ai pu, sans difficulté, saisir tous les degrés de ces formations singulières: ainsi on voit un tube volumineux surmonté d'une ou de plusieurs bosselures simples et sessiles qui lui donne l'aspect variqueux (fig. 1, 7); ailleurs l'appendice est plus isolé et évidemment tubuleux (fig. 6); plus loin, les végétations sont multiples (fig. 4), et dans un degré très-avancé il semble que l'on ait sous les yeux un lobule entier d'une glande en grappe (fig. 3). On arrive alors très-bien à comprendre les fig. 1, 7, 5, dans lesquelles on reconnaît un tube principal avec une foule de renflements d'appendice et de bifurcations. On s'explique sans peine dès lors les déviations considérables qu'a subi le type anatomique normal. Ces appendices de nouvelle formation se continuent ordinairement très-largement et sans ligne de démarcation avec le tube générateur; mais parfois cependant il existe un rétrécissement plus ou moins marqué entre l'ancien élément glandulaire et la végétation nouvelle (fig. 4), ce qui, joint à la friabilité considérable des lésions pathologiques, explique comment on voit flotter libres dans la préparation un bon nombre de culs-de-sac en forme de dés à coudre ou plus ou moins pédiculés (pl. 2, fig. 1, 3). On trouve ces culs-de-sac en si grand nombre, qu'on ne peut admettre qu'ils soient constitués par la terminaison normale en cœcum des glandes de la peau. Le cul-de-sac terminal, en effet, est très-difficile à voir chez l'adulte, et on ne le constate aisément que sur la peau d'un fœtus de 4 à 5 mois, où les glandes sudoripares commencent à s'enrouler en crosse. Les bifurcations assez fréquentes que nous avons observées dans le cas actuel (fig. 1, 2, 3) ne peuvent également s'interpréter que par le développement très-considérable de quelques-unes de ces productions glandulaires de nouvelle formation, car on ne les observe presque jamais dans les glandes à l'état normal.



Cette planche est destinée à montrer les divers aspects que prennent les glandes sudoripares hypertrophiées; on y voit les dégradations insensibles de forme en vertu desquelles les tubes enroulés peuvent simuler l'aspect d'une glande en grappe; la complication est croissante dans les sept figures suivantes.

Fig. 2, bosselure simple. Fig. 6, bosselure simple mais digitiforme. 4 végétations latérales plus ou moins isolées du tube générateur. Fig. 7, portion de tube bien reconnaissable et muni d'appendices, de bosselures multiples et sessiles. Fig. 1^{re}, autre portion de tube sur lequel les appendices plus développées simulent des bifurcations. Fig. 3 et 5, formes plus irrégulières encore, et qu'on ne peut interpréter qu'au moyen des intermédiaires plus simples.

Les fig. 1, 2, 5, 7, ont été dessinées à 50 diamètres; les autres, 3, 4, 6, à 100 diamètres environ. Ces éléments sont représentés très-simplement et par un seul trait. Les détails de leur structure se trouvent dans les fig. 1, 2, 3 de la planche 2.

On voit, d'après ce qui précède, que je considère ces éléments comme appartenant à des glandes sudoripares hypertrophiées; d'autres détails viendront corroborer cette opinion. Examinés à un grossissement plus considérable, tubes, bosselures, végétations

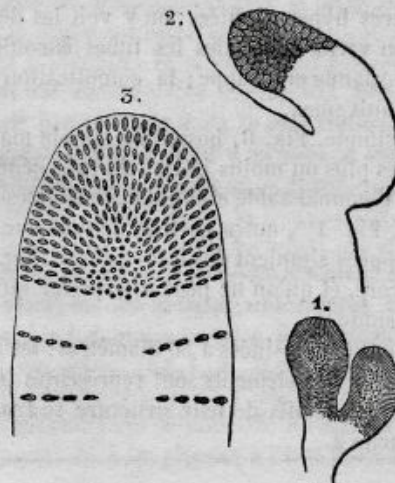
sessiles ou pédiculées, sont remplis par un épithélium pavimenteux très-délicat, à noyau un peu allongé, tout à fait semblable à celui qu'on rencontre dans les glandes sudoripares à l'état sain; peut-être est-il seulement un peu plus volumineux, mais ce sont bien les mêmes caractères, à savoir : cellules très-petites, hyalines, polygonales ou arrondies, très-serrées les unes contre les autres; noyau fort petit, mais très-grand relativement à la cellule; ce qui fait de cet épithélium pavimenteux le plus petit peut-être de ceux qui forment cette classe, et ce qui par conséquent lui donne des caractères très-spéciaux (pl. 2, fig. 3).

Planche II. — *Structure des glandes sudoripares* (obs. 4 et 5).

Fig. 1^{re}. Cul-de-sac glandulaire dans lequel on distingue l'épithélium inclus, sa disposition en série près de la paroi donne l'aspect strié à la partie marginale de ces tubes (obj. 1, oc. 3, microscope Nachet).

Fig. 2. C'est la fig. 6 de la pl. 1^{re} grossie à 200 diamètres environ, on y voit aussi la disposition très-régulière de l'épithélium.

Fig. 3. Un appendice digitiforme isolé et traité par l'acide acétique (obs 5, oc. 1, microscope Nachet). Le groupement des noyaux est fort régulier; leur grand axe converge de tous les points de la circonférence vers le centre.



Je dois signaler cependant, entre l'épithélium sain et celui que nous rencontrons ici, une différence remarquable, mais qui porte

seulement sur le mode de groupement ; dans les glandes normales, les cellules qui tapissent ou remplissent les tubes, sont simplement juxta-posés sans grande régularité ; quelquefois, dans les glandes axillaires, elles paraissent placées bout à bout, de telle sorte que le grand axe du noyau est perpendiculaire à la direction générale du tube, mais cela n'est ni très-constant ni très-marqué. Dans les tubes hypertrophiés, au contraire, et surtout dans les appendices de nouvelle formation, les cellules qui avoisinent la paroi sont toutes elliptiques, et elles sont arrangées de telle façon que leur grand axe est perpendiculaire à la paroi et converge de tous les points de la circonférence vers l'axe, où l'on voit très-distinctement plusieurs séries de ces cellules superposées ainsi de dehors en dedans, toutes parallèles entre elles comme des cellules d'épithélium cylindrique, ce qui donne à la préparation une très-grande élégance (pl. 2, fig. 3). Au centre du tube, les cellules redeviennent rondes ou polygonales, et n'affectent plus un groupement aussi régulier. Ce fait est d'autant plus frappant que j'ai déjà eu l'occasion de le retrouver dans plusieurs cas d'hypertrophie de glandes tubuleuses. Ce caractère anatomique, qui n'a pas été signalé comme fait général, avait déjà attiré mon attention dans l'hypertrophie des glandes tubuleuses du rectum et des glandes tubuliformes de l'urèthre de la femme, que j'ai observée tout récemment (1). On peut encore en voir une représentation exacte dans la thèse importante de M. Ferrier, travail dans lequel on trouve une bonne description des lésions des glandes tubuleuses de la muqueuse utérine (2).

J'ai peu de choses à ajouter à la description qui précède. Les tubes sudoripares qui composaient les tumeurs que je viens de décrire étaient considérablement hypertrophiés, ils avaient acquis des dimensions tout à fait insolites, et pour s'en faire une idée, il suffit de jeter les yeux sur les dessins que je joins à ce travail, et d'étudier comparativement les glandes à l'état normal. La paroi glandulaire elle-même ne paraît participer à ce travail d'accroissement que par le fait de sa distension ; en effet, elle n'est point épaissie, ne présente

(1) Ces glandes formaient la base de polypes folliculaires du rectum et de l'urèthre que j'ai eu l'occasion d'examiner dernièrement.

(2) Ferrier, thèse inaugurale, 1854, 20 mai, n° 101. : *des Fongosités utérines et des kystes de la muqueuse du corps*, etc. etc. (voir pl. 3, fig. 3).

pas de fibres dans son intérieur; en un mot, elle est restée hyaline et très-ténue, ce qui permet d'étudier très-aisément l'épithélium intérieur. La lésion que je décris diffère donc bien de celle qu'on rencontre dans l'hypertrophie kystique. Dans celle-ci, en effet, il y a épaissement considérable de la paroi qui renferme un grand nombre de fibres, accumulation de liquide sans augmentation dans la production épithéliale dans l'intérieur, dilatation excentrique des tubes sans production d'éléments glandulaires nouveaux.

Si l'étendue de cette note le permettait, je montrerais que dans la plupart des glandes, et dans la mamelle en particulier, j'ai pu reconnaître très-nettement ces deux formes bien différentes d'hypertrophie aboutissant l'une à la formation des kystes multiples, l'autre à la production de ces tumeurs mammaires dans lesquelles la production exubérante d'épithélium et la formation de nouveaux culs-de-sac glandulaires est tout à fait incontestable.

Dans quelque point qu'ait porté mon examen, je n'ai trouvé nulle part d'épiderme cutané, ni d'éléments anatomiques quelconques (pus, cancer, tubercule) autres que ceux que je viens de décrire; je n'ai trouvé qu'une très-petite quantité de tissu cellulaire et de vaisseaux mélangés au tissu glandulaire. Dans les points où les tumeurs étaient exulcérées à leur surface, sur les bords de l'ulcération j'ai pu reconnaître la même composition; seulement les formes si nettes que je viens de décrire étaient d'autant moins distinctes que la lésion était plus avancée et que le ramollissement était plus manifeste. Je ne juge donc pas à propos d'ajouter rien à la description qui précède.

J'ai dû entrer dans des détails longs et minutieux, de manière à bien établir les faits que je veux démontrer, et à légitimer les assertions qui vont suivre. Étonné moi-même de ces faits, dont je n'avais jamais vu d'exemple, et que personne que je sache n'a signalé ou décrit, j'ai consacré de longues heures à l'étude de ces pièces, et je dois dire qu'il ne reste pas dans mon esprit la moindre hésitation sur leur interprétation. Désirant du reste faire contrôler mes observations, j'ai remis à mon excellent ami M. Robin des portions de ces tumeurs et de celles qui seront décrites plus loin, et il a partagé toutes mes convictions. Je n'abandonnerai pas la partie anatomo-pathologique, sans faire une remarque sur deux points qui paraissent insolites, et qui pourtant s'expliquent avec assez de facilité.

Je veux parler en premier lieu de ces bosselures latérales qui, se surajoutant aux tubes glandulaires, en changent tout à fait les caractères; en réfléchissant à la manière dont s'hypertrophient les éléments en forme de canaux, ce fait de la production de diverticulum se comprend aisément. On l'observe très-souvent dans les vaisseaux sanguins artériels et veineux, quand ils deviennent variqueux; on voit alors les conduits vasculaires non-seulement s'accroître en diamètre et en longueur, ce qui fait qu'ils deviennent serpentins ou enroulés en hélice, et forment de cette manière des amas flexueux et entrelacés; mais encore on observe le plus souvent, dans les points coudés, des poches latérales plus ou moins spacieuses, plus ou moins isolées du tube générateur. C'est ce qui se constate sans peine dans les varices artérielles et veineuses, dans les tumeurs érectiles; les vaisseaux capillaires, dans l'inflammation, offrent quelque chose d'analogue, et tout tend à prouver que c'est par un mécanisme semblable, c'est-à-dire par végétation latérale, que se forment ces vaisseaux des bourgeons charnus, qu'on considérerait autrefois comme de nouvelle formation, et *primitivement isolés* de la circulation générale.

J'ai vu tout récemment les conduits galactophores devenus également variqueux, et présenter une foule d'ampoules kystiformes plus ou moins sessiles. En étudiant comparativement les glandes de la muqueuse de l'urèthre de l'homme chez le très-jeune enfant et chez l'adulte, j'ai pu me convaincre que l'accroissement que ces organes acquièrent dans le dernier cas est dû à la production d'une foule de culs-de-sacs digitiformes qui se développent sur les parois des tubes ramifiés, mais presque simples, qu'on trouve seulement dans le jeune âge. On peut se faire une idée de cette disposition en comparant encore la vésicule séminale d'un tout jeune enfant avec celle d'un homme arrivé à l'âge mûr: dans le premier cas, le canal principal présente à peine quelques culs-de-sacs tubuleux simples, étroits et courts; dans le second, chacun de ces cœcums secondaires s'est couvert de diverticulum qui sont devenus eux-mêmes plus ou moins anfractueux. Je regarde donc ces apparences nouvelles qu'ont prises ici les glandes sudoripares comme une conséquence naturelle du travail hypertrophique dont elles sont devenues le siège; c'est là un fait général que je chercherai à établir plus péremptoirement par de nouvelles recherches.

Le second point qui me paraît intéressant est relatif à l'accroissement de volume que prennent les glandes en s'hypertrophiant. Deux opinions sont en présence : 1° Le volume considérable qu'acquiert une glande atteinte de cette maladie est-il dû seulement à l'ampliation considérable que prennent les éléments préexistants, ou bien, en d'autres termes, la tumeur ne compte-t-elle pas plus d'acini qu'il n'en existait dans le lobule malade avant la maladie, et ces acini se sont-ils seulement accrus en volume ? 2° Ou bien y a-t-il production d'acini nouveaux, production indéterminée, indéfinie, et qui rendrait compte du volume énorme que peut prendre une tumeur du sein par exemple ?

J'ai pendant quelque temps hésité entre ces deux théories, dont la seconde, adoptée par M. Velpeau, l'a précisément engagé à donner le nom de tumeurs adénoïdes à ce que d'autres auteurs désignent simplement sous le nom d'hypertrophie glandulaire ; mais quelques faits que j'ai récemment observés, et dont je ne puis donner ici tous les détails, m'ont démontré que l'accroissement de volume tenait manifestement, dans certains cas au moins, à cette double cause. Il y a à la fois hypertrophie et hyperplastie (1), c'est-à-dire augmentation de volume des éléments préexistants et production incontestable d'éléments nouveaux. Le cas que je viens de décrire confirme pleinement cette donnée.

Obs. V. — *Tumeur de la lèvre supérieure formée par l'hypertrophie des glandes sudoripares.* — Une femme de 67 ans, blanchisseuse, d'une assez bonne constitution, est entrée dans le service de M. Lenoir pour se faire opérer d'une tumeur siégeant sur la face externe de la lèvre supérieure du côté gauche. Elle donne sur les antécédents de son mal les renseignements suivants : Elle a toujours eu la peau du visage affectée d'éruptions diverses, et six fois déjà cette région a été envahie par des érysipèles ; à la suite du dernier, il y a environ dix-huit mois, et alors que la guérison était presque complète, elle vit apparaître sur la face externe de la lèvre un bouton vésiculeux, gros comme un pois, dont elle fit sortir un liquide blanc. Cette pustule, née sans douleur, ne la préoccupa pas davantage ; mais, au lieu qu'elle occupait, se manifesta néanmoins une petite induration très-circonscrite, qui devint de plus en plus saillante à l'intérieur, et qui acquit quelques milli-

(1) Voir une note que j'ai insérée sur le lipôme dans les *Bulletins de la Société de biologie*, 1854.

mètres de diamètre. Malgré sa coloration blanche, cette petite tumeur était dure, peu mobile, inégale à sa surface, et bosselée, comme une mûre; comme elle n'était le siège d'aucune douleur, elle se contenta d'y faire des applications de miel, qui restèrent sans résultat. La maladie resta à peu près stationnaire, ou du moins s'accrut très-lentement, pendant l'espace d'une année; mais, à partir du printemps, elle fit des progrès incessants et assez rapides, de telle sorte que son volume égalait celui d'une grosse amande dans les premiers jours de juillet. Jusqu'alors aucune ulcération ne s'était montrée à la surface; cependant un jour quelques gouttes de sang s'échappèrent d'un point de la circonférence de la tumeur, et il se développa à ce niveau une croûte légère. Elle se décida alors à entrer à l'hôpital.

État actuel. La peau du visage était parsemée de rougeurs qu'on peut rapporter à un acné chronique, mais peu intense néanmoins. Sur le nez, dans le sillon naso-génial, on voit plusieurs petites pustules; l'épiderme s'exfolie en plusieurs endroits. L'existence d'une dermatose ancienne est incontestable.

Dans le point que j'ai indiqué plus haut, existe une tumeur du volume d'une amande, d'une coloration blanchâtre, recouverte par la peau très-amincie et peu vasculaire. Quelques croûtes peu épaisses et peu consistantes se trouvent sur un point de sa circonférence; les follicules pileux et les glandes sébacées paraissent avoir disparu. La consistance de cette tumeur est élastique, assez ferme, sans fluctuation, mais cependant sans dureté très-grande; elle paraît homogène. Elle est bien circonscrite, et fait une saillie de 1 centimètre environ au-dessus du niveau des parties voisines, qui sont saines; sa base est assez profonde, ce qui lui donne peu ou point de mobilité. Elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée ni provoquée par le toucher; les mouvements de la lèvre sont à peine gênés, les ganglions maxillaires et parotidiens ne sont nullement tuméfiés.

La tumeur est enlevée avec le bistouri au moyen de deux incisions demi-circulaires; elle repose sur la face externe du plan musculaire de la lèvre, dont quelques fibres sont sacrifiées; on panse à plat sans chercher à affronter les lèvres de la plaie. Quelques jours après, une croûte jaunâtre, épaisse et assez consistante, recouvrait toute la solution de continuité; il est probable que la cicatrisation s'effectuera progressivement au-dessous de cet enduit protecteur.

M. Bidart, interne du service, ayant eu l'obligeance de me remettre immédiatement la pièce, je pus l'examiner et constater ce qui suit: Le tissu pathologique est facile à couper, il ne crie pas sous le scalpel; il est d'un beau blanc, translucide, est friable sous le doigt, et n'a point les caractères du tissu fibreux. Le raclage opéré sur la coupe ne fournit point de suc lactescent, mais seulement un liquide un peu filant, translucide, incolore; on découvre en plusieurs points de petits kystes de 1 à 2 millimètres de diamètre, arrondis, et remplis d'un liquide sem-

blable à celui que fournit le raclage. On reconnaît encore, par diverses coupes, que la maladie est bien circonscrite, qu'elle siège entre les muscles et la peau amincie, et qu'elle est comme enkystée et énucléable au milieu des tissus voisins. Je pense que l'opération a été suffisante, c'est-à-dire que tout le produit morbide a été enlevé. Si l'on cherche à reconnaître plus exactement la structure de ce dernier, on voit qu'il est constitué par une agglomération de petits corps assez peu adhérents les uns aux autres, arrondis, ramifiés, vermiformes, visibles à l'œil nu, car ils atteignent pour la plupart un quart ou un cinquième de millimètre, à surface lisse et comme lubrifiée par une humeur séreuse; leur réunion donne à la masse un aspect granuleux ou glanduliforme des plus manifestes; on rencontre très-peu de vaisseaux et quelques rares faisceaux de tissu cellulaire. L'examen microscopique, très-attentivement pratiqué à l'aide de grossissements variés, montre, comme dans l'observation précédente, des tubes plus ou moins flexueux, énormément hypertrophiés, bifurqués en certains points, et chargés de bosselures, d'appendices digitiformes; le tout est rempli par un épithélium pavimenteux très-délicat et très-élégamment disposé. En un mot, il y a une telle ressemblance entre ce tissu et celui des tumeurs non ramollies que je décrivais dans le fait qu'on vient de lire, que je crois inutile d'insister davantage sur cette description. Dans l'intérieur des kystes, on trouve un liquide dans lequel nagent des cellules de même nature et un assez bon nombre de corpuscules granuleux, élément en quelque sorte indispensable des collections liquides kystiques (1). A la surface, on retrouve un derme très-aminci, reconnaissable seulement à sa composition fibreuse, et une couche d'épiderme ordinaire, mais peu abondante; on constate aisément l'absence des papilles, des bulbes pileux et des glandes sébacées.

Ajoutons, en insistant sur ce fait, qu'au centre de la tumeur il n'existe non-seulement ni cancer, ni pus, ni tubercule, mais que les cellules épidermiques elles-mêmes font tout à fait défaut; c'est donc le cas le plus simple et à la fois le plus concluant qu'on puisse invoquer pour démontrer l'hypertrophie des glandes sudoripares dépourvue de toute complication.

Pour ne pas anticiper sur la discussion générale, je ne ferai que signaler les points saillants de cette observation, savoir: le mode d'apparition, le développement sous-cutané, l'absence de douleurs et d'ulcération en l'absence de traitement excitant, la marche lente, l'homogénéité de la tumeur, sa circonscription exacte, etc. etc.

(1) Ces kystes étaient sans doute des portions de tubes hypertrophiés dans la cavité desquels s'est faite une sécrétion liquide; ils me paraissent de nature glandulaire.

(La suite à un prochain numéro.)
