

9462

Prof. Dr. Gyergyay Árpád
kibédi és kis-solymosi

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 72

1202

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

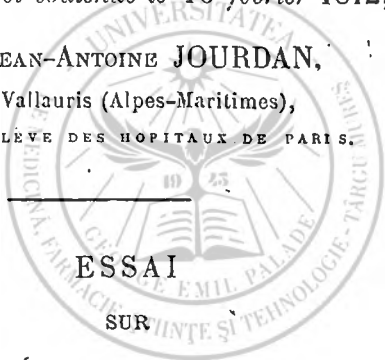
Présentée et soutenue le 16 février 1872,

PAR JEAN-ANTOINE JOURDAN,

Né à Vallauris (Alpes-Maritimes),

ANCIEN ÉLÈVE DES HOPITAUX DE PARIS.

27 MAY 2008
9462



LYON MED. FARM.
E. HENRI
Inv. N° 87.163

ESSAI

SUR

L'ADÉNOME SUDORIPARE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	N....
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.....	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.....	DOLBEAU.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.....	VULPIAN.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	GUBLER.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BROWN-SEQUARD.

Chargé de cours.

Clinique médicale.....	BOUILLAUD.
	SÉE (G.).
	LASEGUE.
	BEHIER.
Clinique chirurgicale.....	LAUGIER.
	GOSSELIN.
	BROCA.
Clinique d'accouchements.....	RICHET.
	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GU NIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	ISAMBERT.	P. RIER.
BLACHEZ.	DUBRUEIL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOQUILLON.	GRIMAUX.	LÉCORCHE.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LE TENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GARIEL.	OLIVIER.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

clinique des maladies de la peau.....	MM. N.....
— des maladies des enfants.....	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.....	N.....
— de l'ophtalmologie.....	TRELAT.
chef des travaux anatomiques.....	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL *Président*; BROCA, CRUVEILHIER, ISAMBERT.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire*.

Par délibération du 7 décembre 1798 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur approuver ni leur désapprouver.

1202



* 4 4 0 0 0 3 0 2 6 *

Biblioteca UMFST

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS



A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

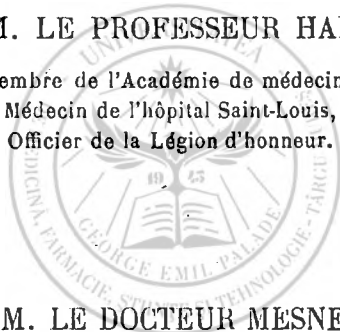
Témoignage de reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR HARDY

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR MESNET

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'honneur.



ESSAI

SUR

L'ADÉNOME SUDORIPARE

HISTORIQUE.

Les tumeurs ayant pour point de départ les glandes sudoripares ont été, jusqu'à ces derniers temps, confondues dans la variété de productions épithéliales appelées par les auteurs *cancroïdes*. Ce terme s'applique encore aujourd'hui à des néoplasmes de nature différente. Il n'est même pas douteux que ces tumeurs aient été prises pour des carcinomes, alors que les recherches histologiques n'avaient pas atteint le degré de précision qu'elles ont aujourd'hui.

Les maladies inflammatoires de ces glandes, il y a peu d'années encore, n'étaient guère bien connues. M. Piorry avait donné le nom d'*udosadénite* à l'eczéma, pensant que dans cette affection les glandes sudoripares étaient enflammées et que la sérosité abondante qui est un des caractères de cette maladie était due à une hypersecrétion. (Cellier, th. inaug., nov. 1859.) M. Cazenave lui-même (Hardy, leçons cliniques sur les maladies de la peau), donne

pour siège anatomique à l'eczéma les glandes de la sueur; mais la sécrétion qui a lieu dans cette affection empêche le linge et se dessèche sous forme de croûtes plus ou moins épaisses, à la surface de la peau, ce que la sueur ne produit pas. De plus, le corps des glandes siégeant dans les couches les plus profondes du derme et souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur inflammation devrait souvent être suivie d'ulcérations plus ou moins profondes, laissant après elles des cicatrices; or, un des caractères fondamentaux des affections dartreuses ou herpétiques, c'est de ne laisser après leur guérison aucune cicatrice appréciable.

Mon excellent maître, M. le professeur Verneuil, rapporte dans son mémoire (Observations pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau, *Arch. gén. de médecine*, mai, août et déc. 1854), une observation intéressante qu'il regarde comme une inflammation aiguë des glandes sudoripares.

Dix ans plus tard, le même auteur faisait insérer, aux *Archives générales de médecine* (n° de novembre 1864 et suivants), un mémoire très-intéressant sur l'inflammation aiguë de ces éléments de la peau qu'il a appelée *hidrosadénite*, et il complétait ainsi l'histoire pathologique des glandes de la sueur.

Nous n'avons d'ailleurs à nous occuper dans ce travail que des maladies essentiellement chroniques des glandes sudoripares.

Quoique Forster (*Traité d'anat. path.*, t. II, p. 1087, an. 1863) fasse revenir à M. Verneuil le mérite d'avoir découvert l'adénome sudoripare, je

tiens de M. Verneuil lui-même, que les faits de M. Fuhrer, d'Iéna, étaient publiés avant les siens, dans *Deutsche Klinik*, en 1851.

M. Fuhrer, d'Iéna, a donc le premier reconnu la nature de ces productions pathologiques.

Examinant, en 1849, au microscope, plusieurs tumeurs pédiculées que Langenbeck avait enlevées dans le sillon naso-labial, sur une femme de 60 ans, il reconnut qu'elles étaient constituées par les glandes sudoripares hypertrophiées. L'année suivante, le même auteur enleva des tumeurs de même nature sur la tête d'un enfant et les étudia avec plus de soin. Là se bornèrent les recherches de M. Fuhrer, qui n'eut à étudier que des tumeurs parfaitement circonscrites, pédiculées même et n'ayant aucune tendance à l'ulcération.

Il appartient à notre savant maître, M. le professeur Verneuil, d'avoir fait une étude complète; d'avoir suivi, pour ainsi dire, pas à pas le mode de formation de ces produits pathologiques et d'avoir rendu un grand service à la science en les différenciant des productions cancéreuses, dont elles offrent quelquefois l'aspect.

M. le professeur Broca, dans son traité des tumeurs, consacre quelques pages à cette affection, sous le nom de *polyadénome sudoripare*, et il traite de nouveau la question, mais à un point de vue plus général, dans son article *Adénome*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Alfred Heurtaux, dans l'article *Cancroïde* du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie

gie pratiques, range les tumeurs des glandes sudoripares, dans la variété des *cancroïdes folliculaires*, nom proposé par Lebert, et qu'il applique à tous les néoplasmes débutant par une lésion des glandes annexées aux téguments ou des follicules pileux.

M. Billroth n'en parle qu'incidemment au chapitre des adénomes. Il dit n'en avoir jamais observé, mais il ajoute qu'il est convaincu de leur existence, depuis que Rindfleisch en a décrit un cas. Il est regrettable que le professeur de l'Université de Vienne n'ait pas eu connaissance des publications faites en France, car il eût été plus affermi dans ses convictions et n'eût pas cité le nom seul de Rindfleisch pour prouver l'existence de ces tumeurs.

Nous allons donc essayer de tracer l'histoire de l'adénome sudoripare, d'après le mémoire déjà cité de M. le professeur Verneuil, et en nous basant aussi sur les observations qui ont été publiées dans les divers journaux de médecine.

Parmi les travaux qu'on peut consulter, nous citerons les suivants :

A. Verneuil, mémoire sur quelques maladies des glandes sudoripares (*Archives générales de médecine*, série V, t. IV, p. 461 ; 1854). — P. Broca, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, article *Adénome*. — P. Broca, *Traité des tumeurs*, t. II, 1^{re} partie. — A. Heurtaux, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VI, article *Cancroïde*. — Eollin, *Traité de pathologie externe*, t. II.

DÉFINITION.

L'adénome sudoripare a pour siège anatomique les glandes de ce nom ; il est constitué par une tumeur plus ou moins volumineuse , le plus souvent dure et bosselée, faisant corps avec la peau, limitée et parfaitement mobile sur les tissus sous-jacents; ne présentant, en général, pas de douleurs spontanées ni provoquées, ayant une marche essentiellement chronique, sans tendance à la généralisation, et pouvant s'ulcérer soit spontanément, soit sous l'influence de causes irritantes.

Les altérations que nous avons à décrire appartiennent à l'hypertrophie, au genre que M. le professeur Broca appelle Hypertrophie élémentaire ou irrégulière, c'est-à-dire, qu'au lieu de porter à la fois et au même degré sur tous les éléments des organes malades, elle porte principalement sur quelques-uns de ces éléments. La situation des glandes sudoripares explique comment toutes ces maladies revêtent la forme de tumeurs faisant saillie au-dessus de la surface de la peau.

Ces altérations peuvent se présenter sous trois formes ou variétés, ayant des caractères anatomiques différentiels très-tranchés.

Nous aurons successivement à étudier :

1° *L'hypertrophie kystique* : dilatation des tubes avec production d'un liquide dans leur cavité;

Jourdan.

2° L'*hypertrophie générale simple* : dilatation des tubes, formation d'éléments glandulaires nouveaux, et production concomitante très-abondante de l'épithélium intérieur.

3° L'*hypertrophie générale avec mélange ou infiltration de cellules d'épiderme cutané*. Cette forme se rapproche beaucoup des productions cancéreuses, cependant on trouvera toujours des culs-de-sac, ou des tubes qui la différencieront aisément.

Nous avons nettement séparé ces trois variétés, afin d'en faciliter l'étude, mais il s'en faut que ces tumeurs revêtent toujours des formes aussi tranchées. A côté de l'hypertrophie kystique, on peut rencontrer les altérations propres à l'hypertrophie générale simple, et cette dernière peut aussi se combiner avec la troisième variété. Enfin, M. Broca, dans son *Traité des tumeurs*, rapporte une observation curieuse d'après laquelle il a trouvé des glandes sudoripares développées dans le voisinage d'un adénome, qui n'avaient aucune connexion avec les glandes hypertrophiées de la tumeur et qui normalement ne devaient pas faire partie du tissu examiné.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Hypertrophie kystique. — L'adénome sudoripare kystique n'est pas très-rare, et si les observations de ce genre ne sont pas communes, la raison en est en ce que ces tumeurs restent le plus souvent petites, indolentes, et que, dans ces conditions, les

individus qui en sont porteurs ne demandent presque jamais les secours de l'art, à moins que, par leur siège, elles ne constituent une difformité désagréable.

On les rencontre le plus fréquemment à leur début, car elles restent le plus souvent stationnaires dans cette première période de leur évolution. Le développement de l'adénome kystique suit une marche intéressante que M. Verneuil a pu suivre et décrire sur un sujet qui présentait ces altérations à des degrés divers.

Il se produit, d'après cet éminent observateur, un étranglement sur la longueur du tube glandulaire, et le liquide sécrété s'accumulant, distend les parties les moins bridées par les tissus voisins. Plusieurs étranglements peuvent se produire sur le trajet d'un même tube, de distance en distance, et donner lieu ainsi à une série de kystes affectant la forme de grains de chapelet. L'enroulement et les sinuosités que décrivent les glandes sudoripares paraissent favoriser leur développement kystique.

Si l'on examine ces kystes, on trouve qu'en certains points leurs parois sont épaissies. Cet épaississement a évidemment pour but de résister à la distension excentrique exercée par l'accumulation du liquide intérieur. Dans quelques cas même la paroi devient fibreuse et très-résistante. La cavité de la poche est tapissée par des cellules extrêmement petites d'épithélium pavimenteux, ressemblant à de l'épithélium nucléaire, cependant en quelques points on les trouve plus développées.

Cette couche épithéliale ne peut pas toujours être vue par transparence, à cause de l'épaisseur de la paroi, il faut alors procéder par le râclage de la face interne du kyste. Le liquide que contiennent les cavités est variable quant à la quantité, il est jaunâtre, transparent et un peu filant, comparable quelquefois à la sérosité de certaines phlyctènes.

Obs. I. — (Résumée). Extraito du mémoire de M. Verneuil (loc. cit.).

Homme, 40 ans; tumeur du volume d'une grosse amande, située en arrière et au-dessous de l'apophyse mastoïde, bosselée, molle, irréductible, peu mobile, sans adhérence à l'os, peau mobile sans changement d'aspect. Développement lent, sans cause connue, pas de douleurs. Follin procède à l'ablation. La dissection fait ouvrir plusieurs poches, d'où s'écoule un liquide clair, analogue à la sérosité de certaines phlyctènes. M. Verneuil trouve deux petits kystes restés intacts. Le liquide, examiné à un grossissement de 500 diamètres, montre : 1° des épithéliums nucléaires, arrondis ou polygonaux, pâles, réguliers; 2° des cellules d'épithélium pavimenteux, à noyaux distincts, isolées ou réunies en plaques; le râclage de la paroi interne montre les mêmes éléments. La trame de la tumeur est formée d'un tissu cellulaire très-délicat, dans lequel on trouve des fragments plus ou moins longs de glandes sudoripares.

Hypertrophie générale simple. — L'hypertrophie générale simple des glandes sudoripares est caractérisée par des modifications de forme survenues dans les tubes glandulaires, et des modifications de quantité et d'arrangement portant sur l'épithélium lui-même.

Les parois des canaux sudorifères ne paraissant pas changer de nature, elles restent hyalines, con-

trairement à ce qui arrive dans la variété précédente, où elles deviennent fibreuses et résistantes. Cette particularité permet d'étudier avec la plus grande facilité l'épithélium intérieur. Cependant, si la paroi ne change pas de nature, elle est néanmoins distendue par le fait de l'accroissement anormal que prennent les glandes malades.

Du côté de l'épithélium, il se produit un changement remarquable, il devient plus abondant, et ce qui est plus curieux, ainsi que l'a figuré M. Verneuil, son mode de groupement diffère de l'épithélium normal. Ainsi, tandis que dans les glandes non altérées, les cellules épithéliales sont polygonales et simplement juxtaposées, sans affecter une grande régularité; dans les tubes hypertrophiés et surtout dans les culs-de-sac de nouvelle formation, dont nous allons bientôt étudier le mode de développement, les cellules affectent une forme elliptique et sont disposées de telle façon que leur grand axe est perpendiculaire à la paroi, et qu'elles convergent toutes vers l'axe du tube. Mais cet arrangement, qui est très-évident pour les cellules périphériques, ne persiste pas au centre du canal.

M. Verneuil a soigneusement étudié cette variété, sur le cadavre d'une femme apporté à l'École pratique, et qui présentait plusieurs adénomes sudoripares à des degrés divers de développement. Dans son mémoire, il a représenté par des figures le mode de formation de ces hypertrophies.

Les tumeurs que cette femme portait arrivaient jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané et ne présen-

taient pas d'adhérence avec les couches plus profondes.

Le tissu morbide était constitué par une masse blanche, friable; sur une coupe, on pouvait, avec la pointe du scalpel, énucléer de petits cylindres mous; à un degré plus avancé d'altération, ces petites masses semblaient être constituées par de la matière caséuse, cependant en l'examinant avec plus d'attention on les trouve plus blanches et d'un aspect plus nacré.

Sur une série de préparations faites dans le but d'étudier les altérations au microscope, M. Verneuil vit les altérations que nous allons décrire, en commençant par celles qui marquent le début de l'hypertrophie.

Les canaux sudorifères, au lieu de présenter un cylindre régulier, se montrent avec des petites bosselures latérales qui leur donnent un aspect variqueux. Ces petites dilatactions s'accroissent indépendamment les unes des autres, s'isolent mieux, et prennent la forme de bourgeons commençant à être tubuleux. Ces tubes en cul-de-sac ne restent pas toujours aussi simples, il deviennent eux-mêmes des axes de bourgeonnement et sur leurs parois se forment de la même façon que pour le canal principal des diverticulums, quelquefois si nombreux, qu'on croirait avoir sous les yeux un lobule de glande en grappe. On trouve aussi des culs-de-sac isolés. Les culs-de-sac latéraux se continuent souvent sans étranglement avec le tube générateur. On pourrait objecter que ces diverticulums ne sont autre chose

que la terminaison normale des glandes en cæcum; mais, outre qu'ils ne sont pas si nombreux et n'affectent pas ces formes singulières, il est très-difficile de voir chez l'adulte le cul-de-sac terminal des glandes sudoripares, et on ne le trouve aisément que chez le fœtus de 4 à 5 mois, alors que ces organes commencent à s'enrouler en crosse.

Ainsi, pour nous résumer, nous avons un axe principal qui est le tube sudorifère, donnant naissance à des tubes secondaires, lesquels, à leur tour, donnent naissance à des culs-de-sac de troisième génération; enfin on rencontre des culs-de-sac libres.

Il résulte de l'étude précédente, que le développement des adénomes sudoripares compris dans cette variété se fait par hypertropie et hypergénèse.

Obs. II. — Résumée (Extrait du mémoire de M. Verneuil (loc. cit.).

Femme, 67 ans, entrée dans le service de M. Lenoir. Tumeur siégeant sur la face externe de la lèvre supérieure du côté gauche. Comme antécédents : éruptions diverses à la face et six érysipèles dans cette région. A la suite du dernier érysipèle, bouton gros comme un pois sur la face externe de la lèvre, laissant à sa suite une induration avec saillie de plus en plus prononcée à l'extérieur. La tumeur était un peu bosselée, sans douleur aucune, elle resta stationnaire ou s'accrut bien lentement pendant un an; à partir de cette époque, développement plus rapide, et quatre mois après, la tumeur égale le volume d'une grosse amande. Un peu de sang s'échappe d'un point de sa circonférence, et une petite croûte s'y forme.

Au moment de son entrée à l'hôpital, acné occupant la face. Au point indiqué, tumeur du volume d'une amande, de couleur blanchâtre, peau amincie à son niveau, croûtes sur un

point de la circonférence; consistance élastique, sans fluctuation ni grande dureté, saillie de 0,01 cent. environ au-dessus des parties voisines, qui sont saines, base assez profonde, d'où peu de mobilité. Les douleurs spontanées et provoquées sont nulles, les ganglions maxillaires et parotidiens ne sont pas engorgés.

La tumeur fut complètement enlevée par le bistouri et pansée à plat.

Examen de la tumeur. Tissu blanc, translucide, friable, ne criant pas sous le scalpel, le râclage ne fournit pas de suc lactescent, mais un liquide filant, incolore; en plusieurs points petits kystes de 1 à 2 millim. remplis du même liquide. Plusieurs coupes démontrent que la tumeur est parfaitement circonscrite entre la peau amincie et les muscles. A l'œil nu, elle paraît constituée par de petits corps arrondis, vermiformes, ramifiés, donnant à la masse un aspect glanduliforme.

L'examen microscopique montre des tubes ramifiés, augmentés de volume, avec des appendices de formes différentes et contenant un épithélium pavimenteux délicat. La peau qui recouvrait la tumeur ne contient plus de papilles ni bulbes pileux, ni glandes sébacées. Enfin on ne trouve pas dans toute la tumeur de cellules épidermiques.

Obs. III. — (Recueillie par M. Christot de Lyon (résumée) extraite de la Gaz. heb., 8 juin 1866).

Marie G..., 33 ans, bonne constitution, entrée le 27 juillet 1865 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Tumeur située à la partie supérieure du dos, sur la ligne médiane et sur les limites de la région cervicale.

La malade croit l'avoir toujours portée, et quand elle a pu s'en rendre compte elle-même, elle avait la grosseur d'un pois, elle reste en cet état pendant dix ou douze ans, et ce n'est qu'à 20 ans, qu'elle atteint le volume d'une petite noix; jamais de douleurs. A partir de 21 ans, la marche devient plus rapide, et chaque accouchement semble activer son développement. Vers 30 ans, une pression énergique fait naître quelques

élancements dans la masse, mais ils ne sont qu'éphémères. Dans les dix-huit derniers mois, la tumeur suit une marche extrêmement rapide et elle s'ulcère quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Les progrès de l'ulcération font naître des douleurs très-vives, aussi bien spontanément qu'à la pression. Suppuration très-abondante, amaigrissement rapide, fièvre, quelquefois délire, insomnie, anorexie, selles diarrhéiques.

A son entrée, la tumeur présente le volume d'une tête de fœtus à terme, la base est un peu moins large que sa partie superficielle. Elle est le siège d'une vaste ulcération, grisâtre, et anfractueuse, d'où s'écoule un pus mal lié et fétide. La tumeur est dure et élastique dans toute son étendue, la peau qui la recouvre est d'une certaine sécheresse et est épaissie; elle n'est très-sensible qu'au voisinage de l'ulcération, elle est adhérente à la masse qu'elle entraîne quand on cherche à la mobiliser. La masse elle-même est parfaitement mobile; pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le 11 août, M. Desgranges enlève la tumeur, pas d'accidents consécutifs, la malade quitte l'hôpital, le 7 octobre, complètement guérie.

Examen macroscopique: Poids 450 grammes. Ulcération très-irrégulière comprenant des éminences lobulées et des sillons profonds, peau très-adhérente, derme épaissi, dont les prolongements résistants divisent la tumeur en îlots de dimension et de contenu variables. Aux points où le travail pathologique est le moins avancé, petits amas blanchâtres, faciles à isoler et qu'on reconnaît, à l'aide de la loupe, être constitués par de petits tubes enlacés entre eux et de nature évidemment glandulaire. Aux endroits où le travail est le plus avancé, on ne trouve plus le caractère glandulaire, mais celui des amas épithéliaux ordinaires. Enfin en d'autres points, on peut reconnaître à la coupe, les glandes hypertrophiées dont le corps varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois ordinaire. Tumeur très-vasculaire.

Examen microscopique : Les petites masses globulaires sont constituées par des canaux tortueux, contournés, d'un volume

variant depuis l'état normal, jusqu'à des dimensions quelquefois considérables; canaux quelquefois interrompus, hernies de l'épithélium, tubes dilatés, variqueux et moniliformes, en quelques points, véritables diverticulums ressemblant à des culs-de sac, on les voit communiquer avec le canal principal; quelquefois, mais rarement, le tube secondaire est rétréci au niveau du point de jonction.

L'épithélium des tubes est si petit qu'on pourrait le prendre pour de l'épithélium nucléaire. La substance interglandulaire est composée de fibres lamineuses, entre croisées sans ordre, de cellules grasses, d'une substance amorphe, de vaisseaux et de débris de canaux sudorifères. Les ilots plus altérés présentent des tubes en plus grande quantité et de l'épithélium libre en grande abondance, mais ayant les caractères assignés plus haut.

Hypertrophie générale avec infiltration de cellules d'épiderme cutané. — La troisième variété constitue un degré d'altération plus avancé. Nous trouvons, en effet, dans ce genre de tumeurs, des tubes hypertrophiés avec appendices digitiformes, des culs-de-sac libres se rapportant à la variété précédemment décrite. Mais, à côté, on trouve dans ces dilatations glandulaires et dans ces tubes de nouvelle formation, des cellules et des globes épidermiques. On voit par là que ce mélange d'éléments nouveaux à l'hypertrophie générale simple n'est qu'un état plus avancé de l'altération des glandes sudoripares.

Jusqu'à là nous voyons le tissu glandulaire qui, quoique modifié et s'écartant plus ou moins du type primitif, peut parfaitement être reconnu. D'après M. Christot, de Lyon (*Gaz. hebdomadaire*, 8 juin 1866), les tubes principaux et secondaires, gorgés d'épi-

thélium et extrêmement distendus en certains points, pourraient se rompre, et l'épithélium intérieur, faisant hernie, continuerait à proliférer librement aux dépens des éléments lamineux du voisinage. La prolifération finirait par détacher les canaux secondaires du tube générateur, et on ne retrouverait alors que des fragments de canalicules plus ou moins reconnaissables. Enfin, les éléments glandulaires, altérés, deviendraient alors tout autant de centres actifs d'hypergénèse, et la forme glandulaire, tendant de plus en plus à disparaître, on entrerait dans la période ultime, caractérisée par des amas, plus ou moins réguliers, d'éléments épithéliaux. Nous ne savons jusqu'à quel point cette théorie est vraie; mais on trouvera toujours à la périphérie de la tumeur des points qui n'auront pas subi une altération aussi profonde et dont l'examen microscopique montrera la nature.

M. le D^r Nepveu me transmet la note suivante, qui trouve sa place dans l'anatomie pathologique de l'adénome sudoripare :

« L'adénome sudoripare s'observe dans les *verrues molles de la peau*; les glandes sont alors reconnaissables à l'œil nu. Dans les *ulcérations simples ou cancéroïdales*, il n'est pas rare non plus d'observer des glandes sudoripares dont les cellules se sont multipliées en grand nombre; parfois aussi le même fait se retrouve dans *certaines cors* et dans *quelques cicatrices*.

« Sans contredit, un des cas les plus intéressants où les éléments épithéliaux des glandes sudori-

pares, et aussi concurremment les glandes sébacées, subissent le même travail hyperplasique, est le *lupus*.

« Rindfleisch (1) est le premier auteur qui ait insisté sur ce fait, bien que Förster (2) mentionne très-brièvement dans le *lupus*, la formation dans les conduits des glandes sudoripares, de masses concentriques de cellules épithéliales.

« Il y a, dit Rindfleisch, un adénomé des glandes « sébacées et sudoripares qui se rapproche, comme « tous les adénomes, de l'épithélioma, mais qui « s'en distingue en partie par la structure et la « texture, en partie par le caractère local, non « métastatique; je veux dire le *lupus*. »

« On fait durcir, dit-il, la pièce dans l'alcool; on place une coupe dix-huit heures dans une forte solution de carmin, puis, après traitement convenable, dans le baume de Canada. On peut alors se rendre compte de ce fait, que la structure acineuse du *lupus* dérive de la structure acineuse préexistante des glandes sébacées.

« L'altération commence par la formation de tissu embryonnaire dans le tissu interstitiel des glandes sébacées ou sudoripares, puis les vaisseaux suivent un développement progressif, et les glandes, à leur tour, augmentent de volume; elles deviennent noueuses et leur lumière se perd; seul le plan primordial de la structure reste, c'est-à-dire le grou-

(1) Rindfleisch, anatomie pathologique, p. 269.

(2) Förster, anat. path., 1863, t. II, p. 1086.

pement des cellules autour d'un point central répondant au canal glandulaire.

« La véritable nodosité du lupus est donc l'*adénome des glandes sébacées ou sudoripares*. L'élément essentiel, sans contredit, est le tissu de granulation, tissu embryonnaire, comme Rindfleisch le reconnaît lui-même ; il dépasse le siège des glomérules sudoripares, et peut s'organiser en véritable tissu conjonctif, qui donne naissance à des indurations comparables à celles de l'éléphantiasis.

« Les cellules de ces glandes sont deux fois plus grosses que les cellules du tissu embryonnaire ; elles sont formées en groupes, à couches plus ou moins concentriques.

« Lücke admet deux formes principales d'adénome : *forme encapsulée, forme diffuse*. Cette dernière aurait une grande propension à former de l'épithéliome. Thiersch, dans son livre (*Epithelial Krebs*, 1865, Leipzig), a donné une belle observation dans laquelle l'épithélioma avait pour origine, de la manière la plus manifeste, les glandes sudoripares.

On voit par là combien sont intéressantes les affections de ces petits organes, et les nombreux cas dans lesquels on peut rencontrer l'adénome sudoripare faisant partie essentielle de certaines lésions.

Obs. IV. — Publiée par M. Verneuil (Gaz. heb., 1870, n° 4)

(1^{re} partie).

Adénome sudoripare ulcéré des glandes axillaires. Extirpation.

Guérison datant de trois ans et demi.

M. L..., artiste dramatique, 56 ans, tempérament sanguin, forte constitution, embonpoint notable, a toujours jôui d'une santé satisfaisante; il est seulement sujet à des éruptions furonculaires et transpire abondamment, surtout des aisselles.

Depuis son enfance, il porte dans l'aisselle gauche et sous la peau une tumeur indolente, mobile, de petit volume, stationnaire jusqu'à 40 ans. Depuis cette époque, elle s'accrut peu à peu, et en quelques années acquit le volume d'un œuf de pigeon. Les veines sous-cutanées qui rampaient à sa surface devinrent variqueuses, puis, il y a un an environ, apparut sur le tégument une petite saillie qui s'ouvrit spontanément et donna issue à du pus sanguinolent. L'ouverture ne se cicatrisa pas et prit l'aspect ulcéreux.

A partir de ce moment, la tumeur fit de rapides progrès et prit les dimensions d'une pomme.

M. L... m'ayant consulté au mois de décembre 1865, je conseillai l'extirpation prompte qui fut refusée. Bientôt les douleurs qui avaient manqué jusqu'alors se montrèrent, elles étaient aiguës, lancinantes et troublaient le sommeil. M. L... revint me trouver et entra à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, 17. Toute la cavité de l'aisselle, depuis le grand pectoral jusqu'au grand dorsal, est remplie par une tumeur aplatie, d'une dureté squirrheuse, à surface bosselée et inégale, mesurant 8 centimètres d'avant en arrière, 5 centimètres de dedans en dehors, et 3 ou 4 centimètres d'épaisseur dans le sens vertical. Saisie en masse, cette tumeur a conservé une certaine mobilité, mais elle adhère certainement à l'aponévrose qui tapisse le creux de l'aisselle. Elle paraît proéminer plutôt vers l'extérieur que s'enfoncer très-profondément dans la cavité axillaire.

La peau qui la recouvre est d'un rouge livide, luisante, tendue, adhérente. Les poils sont tombés pour la plupart. En plusieurs points existent des ulcérations de mauvais aspect, et de plus une ulcération profonde au point où avait paru, l'année précédente, une sorte de collection purulente. Une humeur sanieuse coule en assez grande abondance de cette cavité; les veines variqueuses ont beaucoup augmenté et s'étendent en serpentant sur les bords de l'aisselle et de la paroi thoracique.

La pression n'est pas douloureuse, mais les souffrances spontanées sont vives et incessantes, les mouvements du bras sont gênés et difficiles, les ganglions sus et sous-claviculaires ne semblent pas malades, ceux du creux axillaire ne sont pas accessibles.

Sauf l'inquiétude extrême du malade et la malaise amené par les douleurs et l'insomnie, la santé générale n'a pas notablement souffert, et il n'existe aucun signe de cachexie.

La physionomie générale du mal était peu rassurante, et maint clinicien portant sans hésitation le diagnostic de cancer ulcéré, aurait formulé le pronostic le plus grave. Mais, considérant le siège superficiel du mal, son ancienneté, sa marche très-lente, sachant que l'adénome sudoripare est très-exposé à l'ulcération, sans changer pour cela de nature, je diagnostiquai une hypertrophie des glandes axillaires, un polyadénome sudoripare et non un cancer. En conséquence, je tentai l'extirpation, non toutefois sans quelque inquiétude pour l'avenir, ayant observé déjà le cancer véritable des glandes en question et sachant d'ailleurs que les adénomes eux-mêmes sont sujets à récidiver, lorsqu'ils se composent en grande partie d'épithéliums.

L'opération fut pratiquée le 18 mai 1866 à l'aide du chloroforme. Une incision pratiquée dans la peau saine à 1 centimètre et demi de la tumeur fournit une assez grande quantité de sang, l'isolement de la partie profonde fut long et laborieux, à cause de l'induration du tissu cellulo-graisseux qui entourait la tumeur et envoyait dans toutes les directions des prolongements résistants. Il fut exécuté avec précaution, à l'aide des

doigts, du manche du scalpel et le moins possible avec le tranchant. Je pénétrai plus profondément que je ne l'aurais cru dans la cavité axillaire, mettant largement à nu les vaisseaux et le plexus. Un ganglion axillaire un peu hypertrophié fut enlevé en même temps. La plaie était énorme, elle fut remplie de charpie sèche et mit plus d'un mois à se cicatriser. L'inodule très-épaisse et très-étendue gêna d'abord les mouvements du bras qui peu à peu cependant reprit sa liberté, de façon qu'aujourd'hui il ne reste presque aucune trace de cette grave opération.

La tumeur enlevée était recouverte à sa surface antérieure par la peau altérée, comme je l'ai dit, et à sa surface profonde par une couche de tissu cellulo-graisseux induré et comme lardacé. Une coupe montrait cependant une délimitation bien tranchée entre cette couche et le tissu propre de la tumeur. Celle-ci était composée à la périphérie, d'une masse rosée, ferme, au centre d'une vaste cavité dont j'ai déjà parlé. Les parois de cette dernière étaient mal limitées et recouvertes de fongosités molles friables, rougeâtres, vasculaires, se résolvant en une pulpe ramollie et offrant l'aspect du pus sanieux.

L'examen histologique fait avec soin montra que fongosités et pulpe étaient essentiellement constituées par des cellules pavimenteuses assez grandes, mais claire et à contours délicats, entremêlées çà et là de globes épidermiques entiers ou en débris, isolés ou réunis en groupe. De nombreux vaisseaux capillaires sillonnaient cette masse dans laquelle on ne pouvait reconnaître aucun vestige de la structure glandulaire primitive. Celle-ci se retrouvait, au contraire, dans des préparations prises à la circonférence de la tumeur et sous la peau, là où elle était peu adhérente. Dans ces points et à l'aide de faibles grossissements, on reconnaissait des golmérules entiers avec leur tube enroulé, doublé ou triplé de diamètre, encore cylindrique en quelques points, offrant en d'autres des diverticulums simples ou ramifiés. La paroi en était distincte. Ailleurs la dilatation était plus forte, la membrane propre moins évidente et le passage de l'adénome pur à l'épithélioma glandulaire plus ma-

nifeste. Tout l'épithélium était pavimenteux. En un mot, je retrouvai la structure que j'ai décrite autrefois comme propre aux tumeurs sudoripares et qui rend facile la détermination de ce genre de néoplasme.

Obs. V. — Extrait du mémoire de M. Verneuil (loc. cit.) (résumée).

Femme, 60 ans, entrée dans le service de M. Lenoir, au commencement de juillet 1854; il y a quatorze mois, contusion de la face dorsale de la main qui disparut rapidement; quelques jours plus tard, douleur circonscrite à la face dorsale de l'index gauche; elle cherche avec une épingle un corps étranger qu'elle croyait être sous la peau. La petite plaie produite s'enflamme, une croûte se forme, qui, arrachée, montre, au dire de la malade, une masse blanche qu'elle compare aux racines d'une verrue ou poireau.

Cautérisation à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, puis avec la couperose; le mal paraît d'abord s'arrêter, mais reprend bientôt sa marche progressive. Cautérisation avec le sulfate de cuivre qui paraît aggraver le mal.) Le doigt se tuméfia et les mouvements furent gênés; douleurs vives empêchant parfois le sommeil. Un emplâtre, dont la formule n'est pas connue, appliqué par un charlatan, détermina des douleurs très-intenses, et la tumeur de non ulcérée qu'elle était, présenta à son entrée à l'hôpital une ulcération profonde qui atteignait en certains points les parties dures. Pas d'engorgement ganglionnaire au coude ni à l'aisselle.

L'ablation du doigt fut faite le 19 juillet, et dans les premiers jours d'août, la plaie était en voie de guérison complète.

La tumeur se compose de deux éléments qui ne sont, en réalité, que deux degrés de l'altération des glandes. On trouve en certains points des glandes hypertrophiées et en d'autres une substance analogue à de l'épiderme accumulé. Au niveau de l'ulcération, ce n'est qu'un magma de forme indistincte.

L'examen microscopique montre des cellules épidermiques, bien évidentes, des globes épidermiques, des culs-de-sac en

forme de dé à coudre, et en d'autres points des tubes glandulaires renflés en divers points en massue, ces renflements sont dus à la présence dans l'intérieur de globes épidermiques.

Obs. VI. — Extraite du mémoire de M. Verneuil (loc. cit.) (résumée).

Homme, 57 ans, entré dans le service de M. Denonvilliers, à Saint-Louis, en mai 1854.

Ulcération sur la face dorsale de l'annulaire de la main droite, au niveau de la première articulation phalangienne. Porteur depuis longtemps d'une verrue à cet endroit, elle fut écorchée en travaillant, au mois d'avril de l'année précédente; il se forma une croûte, à plusieurs reprises, qui cessa enfin de se produire. L'ulcération fit des progrès; la gêne des mouvements consistait en simple raideur, il n'y eut jamais de douleur bien vive.

Au moment de son entrée à l'hôpital : ulcération de 3 centimètres de diamètre, ayant envahi les couches profondes jusqu'aux os. Le mal est d'ailleurs parfaitement limité. Pas d'engorgement ganglionnaire au coude ni à l'aisselle. Le fond de l'ulcère est plat, les bords sont un peu saillants, mais non renversés.

Le tissu pathologique incisé est dur, comme fibreux et crie sous le scalpel.

L'examen microscopique, fait par M. Robin, montre des cellules épidermiques, une forte proportion de globes épidermiques, des cylindres glandulaires avec ou sans appendices digitiformes, renfermant de l'épithélium pavimenteux.

Obs. VII. — Recueillie par M. Hénocq et Souchon (résumée)

(Gaz. hebd. 18 mai 1866).

Ch... (Denis), 34 ans, entré le 5 avril 1866 à l'hôpital Lariboisière, service de M. Verneuil; tumeur située dans la région dorsale, près de l'angle inférieur de l'omoplate, à droite.

Début, il y a environ huit ans, par démangeaisons attribuées à une piqûre d'insecte. Progrès lents, elle a atteint, il y a

trois ans, le volume d'un œuf de poule. Le malade portant des fardeaux, ressentait quelquefois des douleurs, qui semblent avoir été produites par ces pressions répétées. Depuis trois ans, elle a grossi un peu plus rapidement, pas d'antécédents fâcheux.

Tumeur ovoïde, indolente, mesurant 10 cent. dans son plus grand diamètre et 4 cent. dans son plus petit qui est transversal; parfaitement circonscrite, à bords arrondis, d'une consistance assez ferme dans tous ses points. Par le toucher, la tumeur semble lobulée, la peau est mobile, mais amincie et sillonnée de quelques veines dilatées, à la périphérie elle a ses caractères normaux.

La tumeur prise en masse est parfaitement mobile, ganglions axillaires et inguinaux non engorgés.

Le 9 avril, ablation de la tumeur. Au moment où s'est publiée cette observation le malade devait bientôt quitter l'hôpital.

La tumeur était formée de lobules de dimensions variables, dont le plus gros atteignait le volume d'un œuf de dinde. Tissu assez résistant à la coupe, qui ne laisse écouler à la pression ou au raclage qu'un liquide filant et rosé. La masse de la tumeur présente une coloration de chair de saumon, avec des tractus blanchâtres circonscrivant comme des lobules qui ont l'aspect granuleux et semi-transparent. Sur d'autres points l'aspect lobulé est moins net. La peau qui recouvre la tumeur est lisse, glabre, peu épaissie.

Examen microscopique. Dans les grosses masses, à un faible grossissement, on trouve une multitude de glandules séparées par un stroma fibreux renfermant quelques vaisseaux. Ces petites glandes sont formées, le plus souvent, de la manière suivante: Deux ou trois culs-de-sac piriformes s'unissent par une sorte de col plus ou moins allongé, et forment, avec plusieurs groupes de culs-de-sac voisins, des conduits tubulés communs, droits ou tortueux, renflés ou ramifiés dans leur trajet. En d'autres points, les culs-de-sac sont groupés de telle façon qu'il simulent une feuille de trèfle.

Dans d'autres portions, on trouve de longs canaux variés

avec renflements et même diverticulums secondaires. Un de ces canaux qu'il a été possible de suivre, aboutissait à la surface du derme par un orifice évasé.

A un grossissement de 300 diamètres, chaque cul-de-sac paraît composé de plusieurs couches régulières d'épithélium entourées d'une membrane finement fibroïde.

La couche périphérique d'épithélium est formée de cellules allongées, à peu près cylindriques, à noyau ovoïde occupant presque toute la cellule et dont le grand diamètre se dirige vers le centre du cul-de-sac. La cavité est remplie d'épithélium polygonal arrondi. Dans les tubes on retrouve l'épithélium cylindrique, mais plus court, contre la paroi, et l'épithélium polygonal au centre. Dans quelques culs-de-sac, et surtout dans les tubes allongés et variqueux, on voit quelques globes épidermiques peu volumineux. Le tissu qui sépare les glandes est constitué par du tissu lamineux.

Obs. VIII. — (Résumée) Publiée par M. Verneuil (Bulletins de la Société anatomique, 1857, p. 33).

Homme, 45 ans, service de M. Huguier. Plusieurs années auparavant bouton ulcéré à la joue droite. L'ulcération progressant est traitée par les caustiques, qui donnent un succès passager, mais bientôt le mal gagne en largeur. A son entrée à l'hôpital, l'ulcération s'étend de la lèvre inférieure droite au globe de l'œil du même côté, en comprenant la moitié latérale droite du nez et se limitant en dehors vers la partie moyenne de la pommette. Petites nodosités vers le bord antérieur du masséter. La partie ulcérée est recouverte de bourgeons charnus un peu pâles, assez fermes et non saignants. Les limites du mal sont peu profondes excepté au niveau de l'orbite; pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général bon. M. Verneuil, se fondant sur l'ancienneté du mal et ses progrès lents, diagnostique une hypertrophie avec ulcération partielle des glandes sudoripares, et rend le traitement irrational par les cautérisations, responsable jusqu'à un certain

point de la marche serpiginieuse et des nodosités excentriques, situées dans l'épaisseur même du derme.

L'extirpation fut résolue et pratiquée le 7 février 1857 par M. Huguier.

L'examen des nodosités périphériques et du bourrelet montre à la coupe, de petites masses arrondies, blanchâtres, d'aspect granuleux, recouvertes par l'épiderme et une mince couche du derme, logées dans de petites cavités parfaitement circonscrites. Portées sous le microscope et à un faible grossissement on les voit constituées par des glandes hypertrophiées, avec les caractères que nous leur connaissons. On constate l'existence de quelques globes épidermiques, soit dans l'intérieur des tubes, soit dans un champ nucléaire vague. Partout où la maladie existait, les autres éléments de la peau avaient disparu.



ÉTILOGIE.

Les causes sous l'influence desquelles se développent les adénomes sudoripares ne sont pas bien connues. Le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir ne peut en aucune façon nous autoriser à établir une statistique sérieuse, et à en tirer les conséquences qui pourraient découler d'un nombre considérable de faits.

L'âge auquel peut se développer ce genre de tumeur paraît être extrêmement variable; ainsi en prenant les deux extrêmes, tandis que dans l'une de ces observations le début paraît remonter à l'âge de 52 ans, le malade de M. Verneuil, dont l'observation est rapportée sous le n° IV, fait remonter le début de son mal tout à fait à l'enfance. Il en est de même de la malade de l'observation du D^r Christot qui croit toujours avoir porté sa tumeur. Enfin

Lotzbeck cite un cas d'adénome sudoripare congénital (Virch., *Arch.*).

Le *siège* est aussi très-variable.

Nous ne croyons pas que l'hérédité joue un rôle dans la production de ces tumeurs. Il n'en est fait mention dans aucun des cas que nous rapportons.

Certaines ulcérations peuvent être le point de départ d'adénomes sudoripares; nous avons vu à l'anatomie pathologique, le *lupus* se compliquer d'adénome, ainsi que certaines *verrues molles*.

M. Verneuil, dans un travail inséré dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (1866, t. VII, p. 390), a montré sur une série de pièces que certains chancres simples, ainsi que les ulcérations succédant à l'ouverture de bubons chancreux pouvaient être le point de départ d'adénomes sudoripares.

Le D^r Nepveu, dans un cas d'éléphantiasis des bourses, opéré tout récemment par M. Verneuil, a trouvé de petits adénomes sudoripares.

Il faut cependant admettre une diathèse particulière sous l'influence de laquelle se manifestent ces hypertrophies glandulaires, diathèse que nous appellerons *partielle*, avec M. Broca, c'est-à-dire n'atteignant qu'un organe ou un système d'organes semblables.

C'est sous l'influence de cette cause, dont la nature nous échappe, que se développent les adénomes sudoripares multiples, comme en a vu M. Verneuil (*loc. cit.*), les lipomes multiples; les loupes multiples, etc.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'adénome sudoripare débute d'une façon insidieuse. Dans les observations que nous reproduisons, on le voit commencer, tantôt à la suite d'une contusion, ou après une éruption furonculaire, un érysipèle, sous forme de petite tumeur indolente plus ou moins loin de l'affection qui l'a précédée. Dans d'autres cas, le malade prend son mal pour une petite verrue qui, accidentellement écorchée ou irritée par des caustiques, prend alors des proportions inquiétantes qui font demander les secours de l'art.

Tout à fait au début, la petite tumeur passe le plus généralement inaperçue, à moins qu'elle ne siège sur des parties habituellement découvertes, où elle peut plus aisément attirer l'attention du malade. Dans le cas contraire, ce n'est que lorsqu'elle atteint le volume d'un pois que celui-ci s'en aperçoit. Dans ces conditions, elle ne gêne en aucune façon celui qui en est porteur ; elle est très-mobile, point douloureuse, ne détermine aucune rougeur du tégument, elle fait corps avec la peau, et, si elle ne croît pas davantage, le chirurgien n'a pas à intervenir.

Quand l'adénome sudoripare atteint un volume considérable, il peut se présenter sous deux aspects : sans ulcération, avec ulcération.

La peau étant intacte, la tumeur varie de volume ; elle est saillante, généralement dure et élas-

tique, elle semble divisée en lobules, elle affecte quelquefois la forme de plaques de kéloïde, elle adhère à la peau qu'elle entraîne avec elle quand on essaye de la mobiliser. Elle ne contracte pas, le plus souvent, des adhérences avec les tissus sous-jacents, elle est parfaitement limitée, et si la peau, par la distension excessive de la tumeur, peut être altérée en quelque point de sa surface, elle a son aspect normal à peu de distance de la périphérie. M. Christot, dans son observation, a noté un certain degré de sécheresse de la peau qui recouvrait la tumeur. Les douleurs spontanées sont nulles, et, le plus souvent, on n'en détermine même pas à la pression. Dans aucune des observations que nous avons recueillies, on ne trouve l'engorgement des ganglions du voisinage.

L'adénome peut rester ainsi fort longtemps sans s'ulcérer. Mais quelquefois le malade lui-même, soit avec ses ongles par le grattage, soit par l'application intempestive d'un caustique détermine une petite ulcération qui se recouvre d'une croûte, qui, détachée mécaniquement, ne tarde pas à se reproduire.

Mais l'ulcération se produit généralement par les progrès mêmes du mal. La distension excessive amincit la peau en un point qui se perfore, et ce travail est quelquefois facilité par des frottements. Dans d'autres cas, il se forme un petit foyer qui s'ouvre à l'extérieur et n'a aucune tendance à se cicatriser.

L'ulcération établie laisse écouler un liquide

sanieux, fétide; elle peut atteindre de grandes dimensions, elle devient alors anfractueuse, se recouvre d'un enduit puriforme, grisâtre; les bords sont sinueux, rosés; la peau qui recouvre la tumeur devient luisante, d'un rouge livide, elle est tendue, adhérente, des stries vasculaires se voient quelquefois au voisinage de la tumeur, Si l'adénome se trouve en un point où se développent les poils, ces derniers manquent pour la plupart. L'abondance de la suppuration peut, dans quelques cas, amener un amaigrissement rapide, de l'anorexie, de la fièvre, des selles diarrhéiques, du subdélirium, et de l'insomnie.

La tumeur arrivée à un point de développement extrême, peut atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle n'est cependant pas, même dans cet état, le siège de douleurs bien vives; quand des douleurs existent, elles ne sont, le plus souvent, pas durables, ni très-intenses, la pression ne les détermine généralement qu'au voisinage de l'ulcération. La tumeur prise en masse conserve toujours une certaine mobilité, elle est limitée, les ganglions ne sont pas affectés.

Du côté de l'état général, il n'existe aucun signe de cachexie. A moins d'un certain degré d'inquiétude, et quelquefois chez les individus dont l'ulcération est le siège d'une suppuration abondante et qui présentent le cortège de symptômes qui en est la conséquence, on ne remarque aucune altération notable de la santé.

Il peut arriver encore que l'on trouve, dans le
Jourdan.

voisinage de la tumeur principale, des adénomes sous la forme de petites masses dures et indolentes, qui mettront sur la voie du diagnostic.

Il nous reste à parler de l'hypertrophie kystique. Cette variété est caractérisée par la production de petites élevures molles, flasques, sans changement de couleur à la peau, atteignant rarement un volume considérable. Elles ont de 1 à 3 millim. de diamètre, elles sont plus ou moins saillantes, sessiles ou pédiculées, semblables à de petits polypes mous, et sont absolument indolentes. M. Verneuil, dans un cas (loc. cit.), en a vu un grand nombre siégeant sur les parties latérales du cou, sur les épaules et la région supérieure du dos. A un degré de développement plus avancé elles sont rares, et le seul cas, précédemment cité, opéré par M. Follin, atteignait le volume d'une grosse amande. Cette tumeur était bosselée, molle, irréductible, peu mobile, ne présentait pas d'adhérences bien profondes, la peau qui la recouvrait n'avait pas changé d'aspect; elle s'était développée lentement, sans douleur et sans cause connue.

Il est assez difficile, sur cette observation seule, d'établir une symptomatologie irréprochable.

DIAGNOSTIC.

Nous abordons maintenant la question la plus difficile de notre sujet. Car, s'il est aisé de reconnaître un adénome sudoripare, à l'aide du microscope, sur une pièce pathologique, il importe de

le diagnostiquer à l'aide de signes cliniques, pour instituer le traitement rationnel de ce genre de tumeurs. Nous avons fait ressortir, dans l'étude des symptômes, les caractères de l'hypertrophie des glandes de la sueur, nous allons les comparer maintenant surtout avec ceux qui sont propres aux tumeurs cancéreuses et cancroïdales.

Le cancer, quand il affecte les téguments, a une tendance envahissante qui atteint indistinctement tous les tissus et qui le rend quelquefois de bonne heure difficile à déplacer; si ce peu de mobilité est quelquefois observé sur les adénomes sudoripares, ce fait n'arrive que tardivement. De plus, le cancer n'a jamais des limites aussi franches que l'adénome, il s'irradie plus ou moins loin et d'une façon irrégulière.

Les douleurs qui sont presque constantes, dans le cancer arrivé à une certaine période de son évolution, et qu'on a appelées douleurs lancinantes, n'affectent pas ce caractère dans l'hypertrophie glandulaire; elles sont quelquefois vives, mais elles manquent le plus souvent.

Quand l'ulcération est établie, il s'en écoule un liquide d'une odeur *sui generis*, repoussante, et qui est la même dans tous les cas; ce caractère, tiré de l'odeur, n'a pas été observé dans l'adénome sudoripare ulcéré.

L'infection ganglionnaire presque constante dans le cancer n'a jamais été notée dans l'adénome.

Les individus atteints d'une affection cancéreuse

subissent un retentissement sur la santé générale, qui coïncide quelquefois avec une tumeur d'un médiocre volume, n'atteignant aucun organe bien important. On ne peut donc pas, dans ce cas, attribuer cet état général mauvais, à la suppuration abondante d'une surface ulcérée. Ils offrent une teinte particulière du visage qui n'est ni celle de la chlorose, ni celle de l'ictère, et qu'on a comparée au *jaune-paille*; en un mot, ils sont sous le coup de la cachexie cancéreuse.

Sous le rapport de la marche, les différences ne sont pas moins tranchées. Ainsi, tandis que le cancer est rare au-dessous de 30 ans, et qu'une fois développé, il parcourt ses périodes dans un espace de temps relativement court; l'adénome sudoripare, au contraire, peut débiter tout à fait dès l'enfance, et rester stationnaire, ou ne prendre un accroissement considérable que trente ans et même plus après son début.

Cependant, malgré cet ensemble de caractères aussi différents, après un examen superficiel, une hypertrophie des glandes de la sueur avec ulcération a pu être prise pour une tumeur cancéreuse.

Le diagnostic différentiel de l'adénome sudoripare et du cancroïde n'est pas toujours facile, surtout au début, où le même genre de lésions anatomiques peut s'observer; cependant nous ne le croyons pas impossible.

Le cancroïde siège le plus fréquemment aux orifices naturels ou dans leur voisinage, cette sorte de prédilection n'existe pas pour l'adénome sudori-

pare qui peut se montrer indifféremment sur tous les points de la surface cutanée.

Le premier, à peu d'exceptions près, se rencontre dans la seconde moitié de la vie; en effet c'est de 40 à 60 ans qu'on en trouve le plus grand nombre. Nous avons vu plus haut qu'il n'en était pas de même pour l'adénome.

Le cancroïde peut aussi avoir une marche lente, mais à une époque variable de son évolution, il s'accompagne d'engorgement ganglionnaire et de cachexie. A un degré avancé, le cancroïde perd sa mobilité et forme une masse empâtée et diffuse qui confond toutes les couches anatomiques de la région; tandis que l'adénome sudoripare conserve toujours une certaine mobilité et forme une masse parfaitement circonscrite.

M. Verneuil, à la Société de chirurgie, a donné les deux caractères différentiels suivants, tirés de l'ulcération : Dans le cancroïde épithélial, les bords de l'ulcération sont végétants; dans l'adénome sudoripare, ils semblent taillés à l'emporte-pièce.

On ne confondra pas un kyste séreux avec l'affection qui nous occupe; les kystes, en effet, quand il sont bien développés, présentent une fluctuation des plus évidentes. Mais à leur début, on ne pourra se fonder que sur des probabilités.

Le lipome qui est une tumeur molle et qui s'ulcère bien rarement sera plus facilement écarté du diagnostic.

Le fibrome qui a une consistance très-dure et une forme le plus souvent arrondie et régulière,

pourra aussi se distinguer de l'adénome sudoripare qui présente des bosselures, et dont la consistance est moindre que celle du tissu fibreux.

Nous ne nous faisons pas illusion sur les difficultés que peut présenter le diagnostic de l'hypertrophie des glandes de la sueur, cependant nous pensons qu'avec beaucoup d'attention, et en tenant bien compte des circonstances dans lesquelles elle se montre, de sa marche et de sa durée, on ne pourra la confondre avec aucune tumeur maligne qui pourrait faire hésiter le chirurgien sur l'opportunité de l'opération.

DURÉE. — MARCHÉ. — TERMINAISONS.

Un des caractères les plus essentiels de l'adénome sudoripare, consiste dans la longueur de sa marche. Il peut débiter dès l'enfance et rester stationnaire même toute la vie sans inquiéter l'individu qui en est porteur, c'est là le cas le plus simple. Mais lorsqu'il doit atteindre un volume considérable, ce n'est pas en faisant des progrès continus et incessants. Son développement ne se fait, pour ainsi dire, que par saccades, à des époques variables, le plus souvent sans cause connue; ces périodes d'accroissement peuvent être séparées les unes des autres par un grand nombre d'années; cette affection peut durer ainsi trente ans et plus, sans que le malade songe à s'en faire débarrasser. Avant de s'ulcérer, l'adénome n'atteint pas, en général, un volume considérable, et n'est le siège d'aucune douleur bien vive. Mais à une certaine période de son évolution, il arrive que,

soit sous l'influence de causes extérieures, soit spontanément, il s'ulcère, et c'est alors surtout que les individus qui en sont atteints réclament l'opération.

Il est une circonstance qui peut influencer sur sa marche d'une manière fâcheuse : nous voulons parler des cautérisations qui ne détruisent pas complètement le mal, et des irritations mécaniques portant sur la tumeur. En effet, ces irritations semblent favoriser le passage de la deuxième variété à la troisième qui est la plus grave des trois en ce qu'elle se rapproche le plus du cancroïde épithélial. Ce fait, observé depuis longtemps, justifie le nom de *noti tangere* donné par les anciens chirurgiens à certaines tumeurs cancroïdales.

L'adénome sudoripare arrivé à l'état de tumeur volumineuse, avec ulcération étendue donnant lieu à une sécrétion purulente abondante, peut entraîner la mort ; terminaison qui arrive à la suite de ces suppurations intarissables et qui est précédée d'anorexie, d'amaigrissement rapide, de prostration, de fièvre, etc...

La tumeur étant totalement enlevée ne peut elle pas se reproduire ?

Quoique l'adénome des glandes sudoripares soit une tumeur bénigne, la récurrence peut avoir lieu (nous en citons plus loin deux exemples). Mais cette reproduction, après ablation totale, n'est pas due, comme dans le cancer, à une diathèse générale, qui fait que ce genre de tumeurs, après l'opération la mieux faite, peut récidiver dans un organe ou

même dans plusieurs organes complètement indépendants du siège primitif du mal. Nous avons, à l'étiologie, admis avec M. Broca une *diathèse partielle*, sous l'influence de laquelle le mal peut se reproduire dans le même système d'organes; nous appellerons avec le même auteur cette récurrence, *récurrence par repullulation*.

Un autre cas peut se présenter : La tumeur principale peut être entourée d'une zone de glandes sudoripares hypertrophiées, mais dont l'altération n'est pas assez avancée pour être reconnaissable à l'œil nu; il arrive alors qu'on fait une ablation incomplète de l'adénome, et les glandes continuant à s'accroître donnent naissance à une ou plusieurs tumeurs de même nature; c'est ce que l'on a appelé *récurrence par continuation*. Voilà les deux modes de reproduction de l'adénome sudoripare. Il est arrivé à M. Verneuil, en examinant une de ces tumeurs, de trouver, sur la limite de la pièce pathologique, des glandes anormalement développées, ce qui l'autorisait à penser que le malade était sous le coup d'une récurrence imminente.

L'observation 9, qui suit, peut donner lieu à deux hypothèses. Un homme qui a été opéré d'un adénome sudoripare de l'aisselle gauche, revient après cinq ans avec une autre tumeur ulcérée développée sur la place de l'ancienne. On pense à une récurrence de la tumeur primitive, et l'examen microscopique fait par M. Muron, interne distingué des hôpitaux, montre des éléments d'un carcinome alvéolaire. S'est-il fait une transformation de l'hypertrophie

des grandes sudoripares voisines de la cicatrice ? Ou bien cette tumeur s'est-elle développée d'emblée là où siégeait l'ancienne ? Nous penchons pour la première de ces deux hypothèses, car ce malade revenu à la consultation, avant la cicatrisation complète de sa plaie, présentait à peu de distance du mamelon gauche et en dehors de petits adénomes.

Cette transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne a déjà été observée.

M. Bordier, interne de M. Chassaignac, présente à la Société anatomique une tumeur du sein, enlevée sur une femme de 46 ans; elle avait débuté à 20 ans, était restée stationnaire jusqu'à 44 ans, époque de la ménopause, et en deux ans avait atteint un développement considérable, comparable à une tête d'enfant. Cette tumeur était composée, d'une part, d'éléments caractérisant l'adénome pur du sein, d'autre part de cavités contenant de la matière colloïde et enfin d'éléments fibro-plastiques. (*Gaz. des hôp.* 1865, p. 201.)

Il est parfaitement logique de supposer que la tumeur a débuté dans ce cas par un adénome de la glande mammaire. Une malade observée en 1861, dans le service de M. Velpeau, avait été opérée dix ans auparavant d'un adénome du sein gauche, et fut opérée à cette époque d'un encéphaloïde développé dans la cicatrice. (*Gaz. des hôp.* 1861. — Velpeau, *Traité des maladies du sein.*)

(1) Obs. IX. — (2^e partie de l'observation IV).

M. L..., artiste dramatique, 60 ans, entré le 16 août 1871, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 17, service de M. Verneuil, a été opéré une première fois, il y a cinq ans, avec succès.

Il y a six mois le malade a vu un point de sa cicatrice s'ulcérer spontanément jusqu'au volume que l'on voit actuellement. En effet, en relevant le bras gauche, on remarque une tumeur fongoiide, d'aspect grisâtre, dure au toucher, occupant toute la cavité axillaire. Les douleurs ne sont pas très fortes, et n'était la perte de fonction du membre, le malade avoue qu'il ne s'en ressentirait presque pas. Néanmoins une suppuration abondante et d'une odeur désagréable ne cesse d'avoir lieu.

Le malade est porteur sur plusieurs points de son corps de tumeurs graisseuses, dont une dans la région du dos, atteint la grosseur d'un œuf de poule. L'épaule correspondant à la tumeur offre un grand développement du système pileux.

Le 23, le malade étant dans de bonnes conditions, et décidé à l'opération. M. Verneuil procède à l'extirpation de la tumeur. Après avoir chloroformisé le malade, une incision circulaire est tracée à 1 centimètre des limites de la tumeur, puis, soit avec les doigts, soit avec le bistouri, la tumeur est énucléée. Le nerf brachial cutané interne et un autre filet nerveux assez volumineux sont sectionnés; divers petits vaisseaux artériels sont ouverts, on les lie au fur et à mesure. L'artère axillaire est intacte, on en sent les battements en déprimant la plaie avec les doigts.

L'opération dure vingt minutes. Le malade a été constamment sous l'influence du chloroforme.

On fait le pansement par occlusion avec de l'ouate maintenue en couches très-épaisses sur la plaie au moyen d'un bandage approprié.

(1) Je dois les détails de cette observation à mon ami Vidal, alors élève du service.

Le volume de la tumeur est un peu supérieur à un œuf de poule, son grand diamètre est antéro-postérieur, elle est ulcérée, et présente une dépression dirigée selon son grand axe. La surface de l'ulcération est recouverte d'un enduit puriforme d'un jaune sale, les bords sont légèrement renversés en dehors, bosselés, sinueux et rosés; en pressant sur les bords de la plaie comme pour vouloir en opérer la réunion, on sent une induration qui est parfaitement limitée, la tumeur prise en masse était mobile et on ne trouvait pas d'engorgement ganglionnaire.

La coupe de la tumeur montre une altération très-évidente, jusqu'à une profondeur moyenne de 2 centimètres et demi. Sur cette coupe et à la partie moyenne on voit comme un semis de grains blanchâtres, constitués par une sorte de matière caséuse, situés dans de petites loges de la grosseur d'un grain de millet.

Examen microscopique. Trainées blanchâtres se prolongeant dans le tissu cellulo-adipeux. Le raclage montre des éléments de 0 mill. 015 à 0 mill. 018 avec des noyaux volumineux. Sur les coupes on voit des alvéoles développées au milieu du tissu fibreux.

Le malade, après des pansements renouvelés environ tous les huit jours, sort en voie de guérison le 3 octobre.

Il revient le 17, la plaie a considérablement diminué de surface.

Le 24, il ne reste plus qu'une largeur comme une pièce de 3 francs, non cicatrisée. Petits adénomes sudoripares un peu en dehors du mamelon gauche.

Quelques jours après, la plaie est presque cicatrisée, les mouvements d'élévation et d'abduction sont un peu limités, Les adénomes ont augmenté de volume, on y applique de la pâte de Vienne.

Obs. IX. — Extrait de la Gaz. des hôp. 1864, p. 329. (Résumée).

Homme, 68 ans, service de Velpeau, portant dans le creux axillaire gauche une tumeur du volume d'une noix, faisant

corps avec la peau, aplatie, mobile sur les parties profondes, lobulée, très-dure, recouverte par les couches superficielles de la peau, amincie et violacée sur quelques points ; au centre de la tumeur on voit une cicatrice, trace d'une ancienne opération.

Pas de douleur, pas de gêne.

Il y a seize ou dix-sept ans, onyxis aux pieds et aux mains, vésicatoire en permanence au bras gauche pendant dix-huit mois ; à cette époque éruption funonculeuse apparue autour du vésicatoire, et c'est à ce moment qu'il s'aperçut de la présence d'une tumeur dans l'aisselle.

Aucun antécédent diathésique ; pas d'engorgement ganglionnaire.

Cette tumeur indolente et peu gênante fut conservée pendant huit ans, il consulta alors un médecin qui appliqua d'abord des préparations liquides et se décida enfin à lui enlever la tumeur par le bistouri. Cette tumeur, au dire du malade, était de la grosseur d'un abricot et présentait à la coupe un aspect spongieux.

Pendant un an, rien ne parut ; au bout de ce temps, il sentit une petite tumeur sur le côté de la cicatrice, qui mit de quatre à cinq ans pour atteindre le volume actuel.

Velpeau pensa à une hypertrophie des glandes sudoripares voisines ; l'ablation de la tumeur se fit sans difficulté, et la plaie au moment de la publication de cette observation, était en voie de guérison.

L'examen microscopique montra l'hypertrophie des glandes sudoripares bien caractérisée, des cellules épithéliales en grand nombre dans les tubes, et enfin des culs-de-sac de nouvelle formation.

Cette observation nous paraît parfaitement caractériser la *récidive par continuation*.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'adénome des glandes sudoripares n'est pas grave, généralement parlant, puis-

qu'il ne s'accompagne jamais d'infection ganglionnaire, et qu'il ne dépend point d'une diathèse générale. L'hypertrophie kystique et l'hypertrophie générale simple forment des tumeurs complètement bénignes ; quant à la troisième variété, qui se complique d'éléments épidermiques, elle se rapproche du cancroïde et peut présenter la gravité relative de ce genre de tumeurs. Cependant il faudra toujours avoir présent à l'esprit la possibilité d'une récurrence qu'il est quelquefois impossible d'éviter, et être réservé sur ce point. Quant à la transformation de l'adénome en tumeur cancéreuse, nous la croyons fort rare, et cette exception ne doit pas nous empêcher de ranger les hypertrophies des glandes de la sueur parmi les tumeurs bénignes de la peau.

TRAITEMENT.

Nous ne parlerons du traitement médical que pour dire que nous le croyons impuissant à faire disparaître un adénome sudoripare.

On a rapporté dans ces derniers temps quelques succès obtenus au moyen du chlorate de potasse pris à l'intérieur, dans certains cas de cancroïdes, et appliqué en même temps à l'extérieur en solution ; nous ignorons si quelque chose a été tenté dans ce sens pour l'adénome.

Nous abordons donc le traitement chirurgical, le seul qui nous paraisse rationnel.

Un adénome sudoripare étant donné, deux méthodes de traitement sont en présence : les caustiques et l'instrument tranchant.

Si l'on veut instituer le traitement par les caustiques, il ne faut pas se contenter d'agir superficiellement; il faut avoir recours aux substances énergiques et capables de détruire toute la tumeur, car en agissant superficiellement on ne fait qu'aggraver le mal. Pour de petits adénomes, on pourra donc se servir du caustique de Vienne ou du caustique Filhos, mais pour des tumeurs plus grandes, il faudra employer la pâte de Canquoin, qui se manie avec la plus grande facilité, et au moyen de laquelle on a pu déterminer la chute de tumeurs volumineuses, par le procédé dit *cautérisation en flèches*, dont M. Maisonneuve et M. Girouard se disputent la priorité. Nous n'avons pas à juger ici ce procédé qui, à notre avis, a le grand inconvénient de déterminer de trop longues souffrances.

Le traitement par les caustiques pourra être efficace quand l'adénome sera petit, limité, comme cela arrive le plus souvent à la face, et qu'on aura lieu de craindre un érysipèle; il faudra alors avoir soin d'enlever tout le mal, ce qui, dans les conditions ci-dessus, ne présentera pas de grandes difficultés. On aura encore recours à cette méthode, lorsque le malade ne voudra à aucun prix être débarrassé de sa tumeur par le bistouri.

Il est un autre procédé d'exérèse qui a, lui aussi, ses avantages, nous voulons parler de la galvanocaustique; on l'emploiera avec succès, toutes les fois qu'on craindra un érysipèle ou une hémorrhagie inquiétante, et qu'on voudra agir en même temps avec précision et rapidité.

Nous arrivons à l'instrument tranchant, c'est la méthode dont l'application est la plus générale et qui permet d'agir rapidement et aussi sûrement que possible.

La manière de se servir du bistouri sera naturellement modifiée selon la région où l'on opère. Sur le tronc, deux incisions courbes circonscriront facilement la tumeur. A la face l'opération sera souvent plus compliquée et pourra donner lieu à une autoplastie, et quelquefois, pour éviter une difformité, à une opération complémentaire.

Ainsi, au commencement de l'année, M. Verneuil, pour une tumeur siégeant à la paupière inférieure, après avoir fait l'ablation, fit la suture des paupières pour prévenir l'ectropion consécutif à la rétraction cicatricielle.

La sagacité du chirurgien lui indiquera les procédés particuliers d'opération à employer dans tel cas ou tel autre.

Quand on se sera décidé à agir, il faudra enlever avec la tumeur, une zone de tissus sains, de crainte d'une récurrence par continuation.

Vu bon à imprimer,
VERNEUIL, président.

Permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'absorption.

Physique. — Effets physiologiques des courants électriques. Applications médicales.

Chimie. — Des caractères distinctifs des bromures, chlorures, iodures et cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale; quels sont les changements, les dégénérescences et les transformations que les organes des plantes peuvent subir?

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — Des maladies virulentes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations intestinales.

Médecine opératoire. — Des diverses espèces de verres applicables dans les cas de myopie, d'hypermétropie, de strabisme, d'astigmatisme, et des précautions à prendre dans leur choix.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes; quelles sont les fécules et les farines le plus souvent employées à leur préparation? Règles à suivre pour développer le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves et les sinapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et de ses préparations.

Hygiène. — De la sophistication de la bière.

Médecine légale. — Empoisonnement par les poissons, les crustacés et les mollusques toxicophores.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Y. Coll. F.

4/222/501