

brides cicatricielles *a, b, c, c* ont produit la déviation des paupières et des commissures buccales. Il en est résulté un quadruple ectropion et le renversement en haut de la lèvre supérieure. Ce malade s'est présenté à ma clinique à la fin de l'année 1867. Pendant le travail de cicatrisation d'une plaie, les surfaces suppurantes contiguës se réunissent parfois, d'où résultent des adhérences de parties normalement séparées; c'est ainsi que l'on voit les doigts se réunir en une seule masse, lorsque tous ces appendices ont été simultanément le siège de plaies ayant suppuré; que la verge se soude au scrotum, le pavillon de l'oreille au crâne, le bras au tronc, les deux feuillets de la conjonctive oculo-palpébrale l'un à l'autre, etc. Il ne sera question ici que des difformités des membres; celles qui occupent d'autres parties du corps seront examinées avec les maladies des régions.

Pour prévenir ces difformités, on surveille avec le plus grand soin la cicatrisation des surfaces suppurantes consécutives aux blessures et aux brûlures. C'est en plaçant les parties dans une situation convenable, en luttant contre la rétractilité du tissu cicatriciel par des bandages et des machines appropriés, qu'on donne à la cicatrice le plus d'étendue possible. Quand la difformité existe déjà, on tenterait en vain d'obtenir un redressement par des moyens purement mécaniques, et il faut en venir à des procédés chirurgicaux.

**Section de la bride.** On pratique des incisions sur un ou plusieurs points de la longueur de la cicatrice, de façon à la diviser en travers dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur. L'incision peut être faite de dehors en dedans ou de dedans en dehors; le premier procédé est préférable, parce qu'il ne laisse subsister aucune portion profonde du tissu inodulaire. La section doit porter autant que possible sur le milieu de la longueur de la bride et être dirigée transversalement par rapport au sens de la rétraction. Si une seule incision est insuffisante pour redresser les parties, on en pratique plusieurs. Quelquefois encore il est nécessaire d'ajouter d'autres incisions faites sur la peau saine voisine. Lorsque les parties ont été ramenées à leur situation normale, il faut les y maintenir au moyen d'un bandage convenable et surveiller la cicatrisation de la nouvelle plaie. Le but du chirurgien est d'obtenir une cicatrice aussi régulière et aussi étendue que possible en surface, afin de prévenir une nouvelle rétraction. Lorsque la partie sur laquelle la bride a été coupée ne peut être redressée suffisamment, il faut chercher la nature de l'obstacle; quelquefois c'est une rétraction des muscles subjacentes que l'on surmonte en pratiquant la section sous-cutanée de leur tendon, ou la section de leur portion charnue dans le fond de la plaie faite à la cicatrice.

**Excision du tissu cicatriciel. Méthode de Delpech.** La cicatrice est circonscrite par deux incisions semi-elliptiques et séparée par dissection des parties subjacentes. Les bords de la perte de substance sont réunis par première intention. Si cette coaptation présente des difficultés, on dissèque la peau contiguë aux lèvres de la plaie pour en faciliter le glissement. Si la perte de substance est trop considérable pour permettre l'affrontement, on la comble par un lambeau *autoplastique* emprunté aux parties voisines.

## CHAPITRE XIII.

## DES TUMEURS.

Toute saillie ou tuméfaction anormale qui se montre dans une partie de l'organisme peut être appelée TUMEUR. La plupart des pathologistes comprennent sous cette dénomination tous les tissus morbides qui se développent au milieu des organes, ou les envahissent. Sous ce rapport, le mot *tumeur* est synonyme de PRODUCTIONS ACCIDENTELLES, LÉSIONS ORGANIQUES, PRODUITS ORGANISÉS DE FORMATION MORBIDE, NÉOPLASMES, PSEUDOPLASMES.

Les anatomo-pathologistes ont proposé diverses classifications des tumeurs; les uns se fondant sur leurs caractères à l'œil nu, les autres sur leur structure intime révélée par le microscope. Laënnec, s'inspirant des travaux de Bichat sur l'anatomie générale, et n'envisageant que l'aspect extérieur des tumeurs, divisa les tissus pathologiques en deux ordres: les uns ayant des analogues parmi les tissus normaux, d'autres différant de ceux-ci. Il établit deux classes de tumeurs: tumeurs analogues ou *homologues* et tumeurs *hétérologues*. Il y avait à peu près autant de tumeurs homologues que de tissus normaux. Les tumeurs hétérologues étaient le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, la *mélanose* et le *tubercule*. Plus tard, J. Muller, étudiant les tumeurs sous le point de vue histologique, établit que la structure des tumeurs de bonne nature ne diffère en rien de celle du cancer. Le physiologiste de Berlin inféra de ses recherches que l'anatomie pathologique ne peut servir à la classification de ces productions morbides. S'adressant à l'analyse chimique, il formula une nouvelle division, qui fut bientôt abandonnée. On lui doit la connaissance d'une tumeur nouvelle, l'*enchondrôme*.

En 1845, Lebert proposa une classification fort séduisante au premier abord: certaines tumeurs dites *homœomorphes* sont constituées par des éléments analogues aux éléments transitoires ou définitifs de l'organisme normal; d'autres tumeurs qu'il appelle *hétéromorphes* sont composées d'éléments sans analogues dans l'économie. Vogel désigna les tumeurs homœomorphes sous le nom de tumeurs *homologues*, et les tumeurs hétéromorphes sous celui d'*hétérologues*. Les tumeurs homœomorphes étaient regardées comme *bénignes*; à l'hétéromorphie se rattachait l'idée de *malignité*. L'observation clinique a fait justice de cette théorie, et on a souvent l'occasion d'observer la généralisation de tumeurs que le microscope regarde comme bénignes, de certains *enchondrômes*, par exemple.

D'après Virchow, tous les *tissus morbides* ont une structure analogue à celle de quelques-uns des tissus normaux; il n'y a donc pas à proprement parler de tumeurs *hétéromorphes*. Lorsqu'un tissu est produit dans un point de l'organisme où il ne se montre pas normalement, il y a HÉTÉROTOPIE; si c'est à une époque de la vie où des éléments anatomiques sem-



blables ne se rencontrent plus habituellement dans l'organisme, il y a HÉTÉROCHRONIE; si des éléments anatomiques d'un type normal déterminé atteignent des dimensions exagérées, il y a HÉTÉROMÉTRIE; si le nombre des éléments anatomiques augmente dans une certaine mesure, il y a hypertrophie numérique. Tous les néoplasmes se divisent en deux catégories: des homologues et des hétérologues. Les néoplasies homologues ou hypertrophies simples se composent d'éléments anatomiques qui ne diffèrent pas du type de la partie où elles naissent; les productions hétérologues comprennent tous les tissus qui s'éloignent par leur structure de celle des tissus de la région où ces productions se développent. Les tumeurs se forment toutes par un accroissement cellulaire continu; toutes ressemblent d'une manière plus ou moins complète à un tissu normal; la forme de leurs éléments anatomiques ne peut servir à les juger, à déterminer si elles sont bénignes ou malignes. CE QUI FAIT LA MALIGNITÉ D'UNE TUMEUR CE N'EST PAS LA FORME DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES, mais c'est le degré de vitalité de ses éléments qui les porte à se multiplier rapidement et outre mesure.

De toutes ces classifications, la seule qui mérite d'être conservée est celle qui divise les tumeurs en bénignes et en malignes. Cette division se prête à toutes les exigences de la pratique; elle se base sur l'ensemble des caractères anatomo-pathologiques et cliniques propres aux tumeurs. Les tumeurs bénignes ne récidivent pas; les tumeurs malignes récidivent sur place, se généralisent le plus souvent, et amènent toujours une cachexie profonde et la mort du sujet.

## ARTICLE I.

## Du lipôme.

Le lipôme est une tumeur formée par l'hypertrophie circonscrite du tissu adipeux.

**Anatomie pathologique.** Les lipômes se rencontrent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et plus spécialement dans les régions qui sont abondamment pourvues de tissu adipeux, telles que les épaules, le dos, les lombes, les parties latérales et postérieures du cou, les environs des mamelles, les parois de l'abdomen, les fesses, etc. On en trouve très-rarement à la paume de la main et à la plante du pied, dans le tissu cellulaire profond des membres ou dans le tissu cellulaire qui double les membranes séreuses, le péritoine, par exemple. Spencer Wells a extirpé, avec succès, une tumeur graisseuse, du poids de 10 kilogrammes, qui s'était développée dans le mésentère d'une femme de quatre-vingt-trois ans. Les lipômes sont entourés d'une membrane celluleuse d'épaisseur variable, qui envoie des prolongements à l'intérieur de la tumeur et qui n'adhère que faiblement aux parties voisines; ils reçoivent quelques vaisseaux de calibre variable, qui s'y rendent par un ou plusieurs points. Leur tissu propre ressemble au tissu adipeux normal; il n'en diffère que par une plus grande blancheur, plus de fermeté et moins d'humidité. Les vésicules adipeuses (a, a fig. 22) sont plus volumineuses que celles de la graisse normale: elles mesurent, en

général, de 0,06 à 0,10 de millimètre de diamètre; elles sont plus transparentes et à contours plus délicats. Dans quelques cas, les lames cellulaires qui s'irradient dans la tumeur sont hypertrophiées, analogues au tissu fibreux (b, b), ce qui augmente la consistance du lipôme et permet de lui donner le nom de tumeur fibro-graisseuse. Des concrétions osseuses ont été vues quelquefois au centre des lipômes. Une tumeur graisseuse semi-liquide de la cuisse, enlevée par Demarquay, était formée d'une véritable panade; on y voyait, nageant dans un liquide séro-sanguinolent, des flocons jaunâtres d'aspect graisseux. Les analyses microscopique et chimique ont démontré la nature graisseuse de la production morbide.

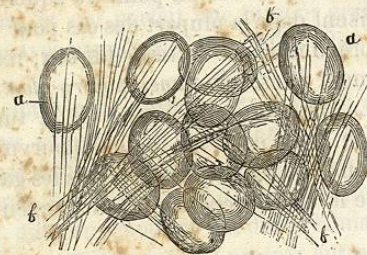


Fig. 22.

**Causes.** Les lipômes se montrent de préférence chez les adultes; les femmes en sont plus souvent affectées que les hommes. S'il est commun de ne rencontrer, chez le même sujet, qu'une seule de ces tumeurs, on en trouve quelquefois un très-grand nombre, ainsi que le témoignent les observations rapportées par S. Cooper, Marjolin, Alibert, Gensoul, Huguier. Broca a rapporté l'observation d'un malade sur lequel il y avait une quantité innombrable de lipômes externes; dans la dernière période de la vie, des productions adipeuses secondaires s'étaient développées dans les muscles, la gaine des vaisseaux carotidiens, les parois de l'œsophage et jusque dans les valves du cœur; dans ces cas, il semble exister une véritable diathèse lipomateuse. L'état de maigreur ou d'embonpoint naturel n'exerce aucune influence sur le développement de ces tumeurs, dont le mode de formation intime nous échappe complètement.

**Symptômes.** Le lipôme se présente sous la forme d'une tumeur, dont le volume varie depuis un pois jusqu'à une tête d'adulte; bien circonscrite de toutes parts; de forme arrondie, ovoïde ou aplatie; d'une consistance moyenne, c'est-à-dire qui tient le milieu entre celle des tumeurs liquides et des tumeurs dures; mobile sous la peau qui n'est ni adhérente ni altérée dans sa couleur; tout à fait indolente par elle-même et à la pression exercée avec les mains; ne causant d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent d'une compression mécanique exercée sur les parties voisines, ou une gêne dans les mouvements de la région affectée.

Abandonnés à eux-mêmes, les lipômes augmentent quelquefois considérablement de volume; ils ne se terminent jamais par la disparition graduelle ou brusque; ils sont très-rarement atteints d'une inflammation suppurative, mais ils peuvent se ramollir, comme on l'a vu plus haut.

**Diagnostic.** Les lipômes constitués exclusivement par du tissu adipeux donnent à la main qui les explore une sensation de mollesse et de fausse fluctuation qui peut faire croire à l'existence d'un abcès froid, lorsque la tumeur est profonde ou qu'elle occupe une des régions où se montrent si



souvent les abcès par congestion, la partie postérieure du tronc par exemple. La mobilité de la tumeur, son développement lent, l'absence de douleurs antérieures sur un point du squelette, l'intégrité de la santé générale, suffisent dans la plupart des cas pour éclairer le diagnostic. Les lipômes, avec prédominance de tissu fibreux, ressemblent aux *tumeurs fibreuses* proprement dites, aux *tumeurs fibro-plastiques* et même aux *tumeurs encéphaloïdes*. La consistance moyenne de la tumeur, sa marche essentiellement lente, son siège dans les régions pourvues de tissu adipeux, son indolence, l'absence de retentissement dans les ganglions lymphatiques voisins, l'intégrité de la santé générale appartiennent au lipôme. Les *kystes* diffèrent de ce

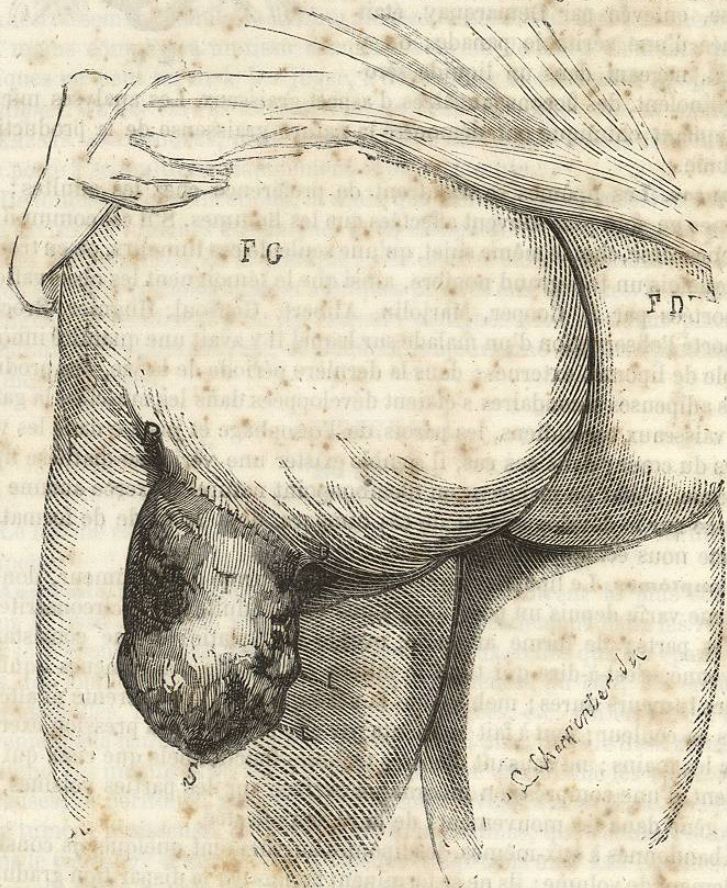


Fig. 23.

dernier par leur résistance, leur élasticité, leur mobilité moins grande. S'il restait des doutes sur la nature de la tumeur, on pratiquerait une *ponction exploratrice* avec un trois-quarts de petit calibre; l'examen du liquide, qui s'échappe par la canule en cas de kyste, dissiperait toute incertitude.

**Pronostic. Traitement.** Les lipômes ne sont pas graves; affection pure-

ment locale, ils n'exercent jamais aucune influence fâcheuse sur la constitution, et n'attirent souvent la sollicitude des malades qu'en raison de leur volume, ou parce qu'ils sont un objet de difformité. Tel était le cas d'une femme que j'ai opérée il y a quatre ans, et qui portait une tumeur graisseuse ayant une certaine ressemblance avec un pénis (S, fig. 23), au bas de la fesse gauche (F G).

C'est en vain qu'on essaierait d'en obtenir la guérison par l'emploi des topiques *résolutifs*, par des *vésicatoires* volants. La *cautérisation* est une méthode longue, douloureuse, qui laisse après elle des cicatrices difformes. La *ligature* présente à peu près les mêmes inconvénients. Le *broiement* du lipôme, par des ponctions sous-cutanées, avec un ténotome qui divise la masse en plusieurs fragments, après quoi ceux-ci sont fortement pressés entre les doigts, est une méthode longue et inapplicable dans les tumeurs d'un grand volume. C'est donc à l'*ablation* qu'il faut avoir recours; elle se pratique de deux manières. Lorsque la peau qui recouvre le lipôme a conservé sa structure normale et sa mobilité, il suffit de faire une incision à la partie moyenne de la tumeur et d'isoler celle-ci de toutes parts, en disséquant les lèvres de la plaie d'abord, puis en séparant les adhérences celluleuses avec les parties voisines; des tractions exercées sur la masse morbide avec des ériges qu'on y implante en favorisent la dissection. Ce procédé opératoire est connu sous le nom d'*EXTIRPATION*. Lorsque les téguments sont amincis, adhérents ou ulcérés, on circonscrit au moyen de deux incisions semi-elliptiques, se regardant par leur concavité, toute la portion de peau altérée; après quoi on procède à la séparation de la tumeur comme précédemment. On a réservé le nom d'*AMPUTATION* à ce second procédé.

Après l'ablation du lipôme, il faut réunir les lèvres de la plaie ou les rapprocher aussi près que possible; les soins ultérieurs à donner au malade ne diffèrent pas de ceux que nous avons fait connaître antérieurement. (Voy. *Plaies*.)

## ARTICLE II.

## Des verrues.

Nous désignons sous le nom de *verrues* des excroissances de la peau, pleines, dures, d'un aspect calleux, à surface lisse ou granulée, peu volumineuses et insensibles par elles-mêmes.

Parmi les verrues, les unes sont pédiculées; ce sont les *VERRUES* proprement dites; les autres ont une base large; ce sont les *POIREAUX*. Elles se présentent sous la forme de petits tubercules coniques, insensibles, durs, placés à la surface de la peau qu'elles dépassent de quelques millimètres; de couleur variable: tantôt jaunâtre et mate, tantôt d'un rouge violacé. La surface en est d'abord lisse et plus tard fendillée, soit au sommet, soit dans tous les points; dans ce dernier cas, la tumeur ressemble à une mûre ou à une grenade. Les poireaux et les verrues présentent quelques différences de structure: les premiers sont formés de fibres qui se perdent insensiblement dans le derme et paraissent être la conséquence d'une hyper-



trophie des couches superficielles de cette membrane, du réseau vasculaire étalé à sa surface et de l'épiderme; les secondes sont formées d'un tissu plus mou, plus homogène, non fibreux, sans connexions intimes avec le derme.

Les verrues se rencontrent sur tous les points de la surface cutanée, spécialement sur le visage et sur la face dorsale des mains. Le plus souvent, il en existe un grand nombre à la fois chez le même sujet.

Ces excroissances sont faciles à reconnaître d'après les caractères physiques que nous leur avons assignés. Il est rare qu'elles disparaissent spontanément; si, dans quelques cas très-rares, elles subissent une dégénérescence cancéreuse, le plus souvent elles persistent indéfiniment sans donner lieu à aucun trouble fâcheux et ne préoccupent l'esprit des malades que parce qu'elles sont un objet de difformité.

Lorsqu'elles sont franchement *pédiculées*, on les fait tomber par une ligature très-serrée placée au niveau de leur point d'implantation sur la peau, ou en les retranchant avec des ciseaux. Lorsqu'elles ont une base plus large, il faut ou bien les enlever avec un bistouri, ou bien les détruire avec des caustiques tels que l'acide azotique, l'azotate acide de mercure, le beurre d'antimoine. On peut combiner ensemble l'excision et la cautérisation. On a aussi préconisé les applications répétées d'acide acétique anhydre ou d'acide chromique.

### ARTICLE III.

#### Des végétations vénériennes.

On appelle *végétations vénériennes* de petites excroissances de formes variées qui se développent chez les individus affectés d'accidents vénériens.

**Siège.** On rencontre ces végétations sur la muqueuse balanique ou préputiale, aux environs du frein, sur la rainure de la base du gland, à l'entrée de la vulve, dans les anfractuosités des caroncules myrtiformes, dans le vagin, au col de l'utérus, dans la partie inférieure du rectum, à la base de la langue, au voile du palais, sur les bords de la luvette, au larynx, à la surface de la peau dans diverses régions, notamment dans les environs des organes génitaux et de l'anus.

**Caractères physiques.** Les végétations vénériennes sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées. Dans le premier cas, le nombre de ces excroissances, leur étendue sont variables; leur surface est granulée, plate ou convexe, plus ou moins rouge; elles ont une ressemblance grossière avec les fraises ou les framboises. Dans le second cas, elles sont formées d'une tige unique d'où partent des branches qui s'irradient en tous sens et qui représentent un chou-fleur ou une crête de coq. Quelle que soit leur forme, les végétations vénériennes sont tantôt humides, friables, saignantes, baignées par une sécrétion muco-purulente, lorsqu'elles sont à l'abri de l'air; tantôt sèches, dures et cornées, lorsqu'elles sont au contact de l'air extérieur.

**Causes.** On aurait tort de considérer ces végétations comme produites uniquement par une diathèse syphilitique. On les rencontre aussi bien chez les sujets affectés d'accidents vénériens que chez ceux qui ne sont pas

atteints de la vérole. D'après Ricord, lorsqu'elles sont précédées par la syphilis ou par des accidents vénériens primitifs, elles sont une conséquence fortuite des irritations locales que ces conditions peuvent produire. Elles paraissent, en effet, résulter d'irritations éczémateuses ou herpétiques, de la malpropreté, des blennorrhagies, de la présence de tubercules muqueux ou de chancres à la période de progrès ou de réparation, avec lesquels elles coïncident souvent.

**Diagnostic.** On ne les confondra pas avec ces saillies qui les simulent dans certaines régions du corps, telles que les caroncules myrtiformes; ni avec les *tubercules muqueux* dont les caractères seront exposés dans l'article suivant. Qu'on se garde bien de croire à l'existence d'une affection cancéreuse, lorsque ces végétations renfermées dans un prépuce étroit, deviennent le siège de suppurations abondantes et fétides; il suffit, dans ce cas, de mettre à découvert le foyer malade pour en reconnaître la nature.

**Traitement.** S'il est démontré que les végétations vénériennes n'ont pas de caractère spécifique, on comprendra l'inutilité d'un traitement antisypilitique; une médication locale suffit la plupart du temps pour les guérir. L'excision est préférable; si elle est insuffisante, on a recours aux *caustiques* liquides ou demi-solides. J. Hunter préconise le vert-de-gris mêlé de poudre de feuilles de sabine. L'attouchement des végétations avec une solution d'acide chromique, étendue sur elles avec un pinceau à miniature, les fait tomber.

### ARTICLE IV.

#### Des tubercules muqueux syphilitiques.

Les tubercules muqueux syphilitiques appartiennent à la classe des syphilides, dont ils forment une des nombreuses variétés. Leur description se trouve dans tous les traités sur la syphilis et fait défaut dans les livres de pathologie externe. J'ai cru devoir combler cette lacune, parce que les tubercules muqueux se montrent dans un grand nombre de régions, où il est de la plus haute importance de les distinguer d'autres tumeurs, qui ont de la ressemblance avec eux.

**Causes.** Les tubercules muqueux doivent être rangés parmi les accidents secondaires de la syphilis. Ils se manifestent quelquefois si promptement après un coït infectant, que quelques syphiliographes les ont considérés comme accident primitif. Ce qui justifie jusqu'à un certain point cette opinion, c'est la transformation fréquente en tubercule muqueux du chancre parvenu à sa période de réparation, et la ressemblance entre le tubercule muqueux et le chancre atteint d'un travail de cicatrisation irrégulière. Quoi qu'il en soit, les tubercules muqueux se montrent de préférence dans les régions du corps qui sont pourvues d'un grand nombre de follicules muqueux et sébacés; les gens malpropres en sont souvent affectés; on les rencontre dans la bouche chez les individus qui font usage de ces pipes courtes connues sous le nom de *brûle-gueule*.

**Symptômes.** Les tubercules muqueux se montrent, d'après l'ordre de



fréquence, à l'anus, à la vulve, sur la face interne des grandes lèvres, au pli génito-crural, aux bourses, au niveau de l'angle rentrant de la verge et du scrotum, sur le gland, à la face interne du prépuce, au creux ombilical, sur les lèvres de la bouche, sur les faces correspondantes des orteils, à la racine des ongles, dans la cavité buccale, sur les bords de la langue, etc. Ils débent tantôt par de petites papules plus ou moins saillantes, dépourvues promptement d'épiderme, à surface grisâtre ou d'un jaune brun-violacé, rugueuses ou légèrement granulées, avec des érosions superficielles ou de véritables ulcérations (*papules muqueuses*); tantôt par de véritables tubercules dus au développement successif des papules ou à leur réunion en plaques (*condylomes et plaques muqueuses*). Ils forment des saillies de couleur rouge-foncée, violette, livide ou grisâtre; d'une forme primitivement arrondie, et modifiée plus tard lorsque les tubercules se sont réunis; la surface en est rugueuse ou chagrinée, hérissée de petites granulations rougeâtres ou d'un gris foncé, couverte d'une sécrétion muco-purulente, à odeur très-forte, quand les tubercules occupent les organes génitaux, l'anus ou l'intervalle des orteils.

Les tubercules muqueux, abandonnés à eux-mêmes, peuvent disparaître rapidement; souvent ils deviennent le siège d'ulcérations irrégulières plus ou moins profondes, auxquelles on donne le nom de *rhagades*; quelquefois encore ils donnent lieu à la formation, dans le voisinage, de ces végétations vénériennes dont nous avons précédemment décrit les caractères (p. 156).

**Traitement.** Il est général et local. Un traitement antisiphilitique par les mercuriaux est indispensable pour guérir la diathèse qui préside au développement des tubercules muqueux et des autres espèces de syphilides. Le traitement local est préventif ou curatif. Le premier consiste en des soins de propreté, dans l'isolement des parties avec des linges de toile fine; le second, en des onctions avec la pommade au proto-iodure de mercure, en bains de sublimé, ou mieux encore en lotions avec le chlorure d'oxyde de sodium pratiquées plusieurs fois par jour, avec le soin de saupoudrer les parties malades avec du calomel, dans l'intervalle des lotions. Pour les tubercules muqueux de la cavité buccale et de la gorge, il est préférable d'avoir recours à de légères cautérisations avec le nitrate acide de mercure et à des gargarismes avec une décoction de ciguë, à laquelle on ajoute 40 centigrammes de sublimé pour 250 grammes de décoction.

## ARTICLE V.

## Des tumeurs gommeuses.

Les *tumeurs gommeuses* ou *tubercules tertiaires* sont une des nombreuses manifestations de la syphilis constitutionnelle. On les rencontre sous la peau, dans la cavité buccale, dans l'épaisseur du voile du palais, de la paroi postérieure du pharynx et de la langue. Elles se présentent sous la forme d'une petite tumeur dure, adhérente à la peau ou à la muqueuse par une sorte de pédicule, mobile sur les parties sous-jacentes et voisines. L'accrois-

sement en est lent et sans douleur. Elles atteignent un volume qui varie depuis une noisette jusqu'à une noix. Plus tard, elles contractent des adhérences, se ramollissent et deviennent fluctuantes. La membrane tégumentaire qui les recouvre devient d'un rouge brun ou violacé, s'amincit, se perforé dans un ou plusieurs points, et par cette ouverture s'échappe un pus ichoreux, mal lié, mélangé de débris organiques. A l'ouverture succède une vaste ulcération irrégulière, avec décollement et amincissement de la peau, qui ne se cicatrise que lorsque le kyste a été chassé par la suppuration des parties environnantes. La cicatrice qui succède aux tumeurs gommeuses suppurées ressemble à celle des brûlures profondes.

Le traitement est général (*iodure de potassium*) et local. Ce dernier varie d'après la période à laquelle l'affection est arrivée. Quand la tumeur est au début, on peut en pratiquer l'extirpation; si elle est déjà ramollie et qu'elle renferme du pus, il faut donner issue à ce liquide. Si, après cette ouverture, les ulcères ne se détergent pas, on fait usage de pommades digestives, de pansements avec la teinture d'iode; on peut favoriser le travail de la cicatrisation, en appliquant des bandelettes de sparadrap de *Vigo cum mercurio*. Lorsque les tubercules sont situés au-dessous de la muqueuse buccale ou pharyngienne, il faut les ouvrir de bonne heure, c'est-à-dire dès qu'on en a constaté le ramollissement, afin de prévenir la destruction de la membrane qui les recouvre et des perforations plus ou moins vastes qui en seraient la conséquence; on favorise la cicatrisation par des gargarismes avec la teinture d'iode.

## ARTICLE VI.

## Des kystes.

Les kystes, ou *CYSTOMES* sont des cavités closes, ou poches sans ouverture, remplies d'une matière liquide, molle ou solide. Ils présentent de nombreuses variétés relatives au siège, au produit qu'ils contiennent, à la nature de leurs parois. Le tableau suivant, emprunté à J. Cruveilhier, présente l'ensemble de leurs nombreuses espèces et une *classification* fondée à la fois sur leur mode de développement et leur nature :

## I. Kystes préexistants à la matière qu'ils contiennent ou kystes PRIMITIFS.

- |   |   |                           |                                |
|---|---|---------------------------|--------------------------------|
| Kystes formés par le développement d'une cavité normale préexistante... | 1° Kystes folliculeux sébacés ou cutanés. | }                         | des paupières.                 |
|   |   |                           | du vagin.                      |
|   | 2° Kystes folliculaires muqueux.....      | }                         | de l'utérus                    |
|   |   |                           | de la vessie.                  |
|   |   |                           | du pharynx et de l'œsophage.   |
|   |   |                           | de l'estomac et des intestins. |
| 3° Kystes glanduleux.   | }   | du rectum.                |                                |
|   |   | du sinus maxillaire.      |                                |
| 4° Kystes de l'ovaire.  | }   | des glandules salivaires. |                                |
|   |   | des grosses glandes.      |                                |
| 5° Kystes synoviaux et kystes séreux préexistants.                      | }   |                           |                                |
|   |   |                           |                                |
| 6° Kystes vasculaires.  | }   |                           |                                |
|   |   |                           |                                |