

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. | } | | |
| | | | |

Kystes formés de toutes pièces aux dépens du tissu cellulaire et pré-existants à la matière qu'ils contiennent.....

- 1° Kystes hygromateux accidentels.
2° Kystes séreux formés aux dépens du tissu cellulaire.

II. *Kystes non préexistants, consécutifs ou ADVENTIFS.*

- 1° Kystes hématiques.....
- | | |
|--|---|
| | } du tissu cellulaire libre.
des membranes séreuses.
hématiques synoviaux.
dans l'épaisseur des organes. |
| | |
- 2° Kystes adventifs purulents.
3° Kystes tuberculeux.
4° Kystes adventifs du cancer et des corps fibreux.
5° Kystes autour des corps étrangers venus en dehors.
- 6° Kystes autour des corps étrangers vivants produits en nous.
- | | |
|--|--|
| | } Cysticerques.
Echinocoques.
Produit fœtal. |
| | |
| | |

Parmi ces kystes, il en est déjà un certain nombre qui ont été décrits antérieurement, tels sont les kystes purulents (v. *Abcès froids*), les kystes hématiques (v. *Contusion*); d'autres le seront plus tard, soit dans la partie de cet ouvrage consacrée aux maladies des organes communs à toutes les parties de l'organisme, tels sont les kystes synoviaux (v. *Kystes synoviaux tendineux*), les kystes hygromateux (v. *Hygroma*); soit dans la partie consacrée aux maladies des régions ou des appareils (v. *Kystes de l'ovaire*, de l'*utérus*, du *vagin*). Il ne sera question ici que des kystes folliculeux sébacés ou cutanés, des kystes séreux et des kystes hydatiques.

I. **KYSTES FOLLICULEUX SÉBACÉS.**

Ils ont été désignés sous les noms d'*hygrômes*, d'*athérômes*, de *mélicéris*, de tumeurs *cornées* (Abernethy), de *tumor steatomatodes saccatus* (Langenbeck), de tumeur *enkystée* d'origine *crypteuse* (Lebert), de *kystes dermoïdes* (Bérard et Denonvilliers).

Anatomie pathologique. Ces kystes se rencontrent le plus fréquemment à la tête, et notamment sur le crâne, où le vulgaire les désigne sous le nom de *loupes*; viennent ensuite les épaules, les bras, les jambes. Les parois sont formées par un tissu cellulaire feutré et étendu en membrane. La face externe de la poche est peu adhérente aux parties profondes, à moins pourtant que ces kystes ne se rencontrent au voisinage des os; dans ce cas, ils adhèrent quelquefois au périoste sous-jacent; c'est ce qu'on remarque dans quelques kystes sébacés profonds de la région orbito-palpébrale. La face interne est lisse, douce au toucher, revêtue d'épithélium et recouverte de petites élévations qui ressemblent à des villosités. Quelquefois elle présente, par places, de véritables plaques épidermiques plus ou moins étendues. Le produit renfermé dans le kyste est variable; le plus souvent c'est une matière demi-fluide, grasse, onctueuse, blanchâtre, grumeleuse, analogue à de la bouillie; cette variété a été désignée sous le nom d'*ATHÉROME*; ou bien c'est une matière disposée en couches concen-

triques qui s'emboîtent comme des pelures d'oignon, et que le microscope montre formée d'éléments d'*épithélium*; ou bien c'est une matière jaunâtre, qui présente l'apparence et la consistance du miel, c'est ce que l'on a désigné sous le nom de *MÉLICÉRIS*; d'autres fois, c'est un liquide qui ressemble au pus des abcès froids; il n'est pas rare d'y rencontrer des poils libres ou implantés par une de leurs extrémités dans les parois de la poche, ce qu'il est facile d'expliquer par les rapports que présentent les glandes sébacées avec les bulbes pilifères. On y trouve aussi quelquefois des cylindres ou des cônes de substance cornée formée d'amas d'épiderme.

Causes. Elles sont inconnues, et de toutes les hypothèses que l'on a imaginées pour expliquer la formation de ces productions morbides, il n'en est aucune qui soit applicable à tous les cas. On peut se rendre compte de la formation d'un certain nombre de ces kystes folliculeux, en admettant une hypersécrétion et une augmentation de consistance de la matière sécrétée par les follicules sébacés. Que, dans ces conditions, l'orifice de la poche s'oblitére, ou bien que, l'orifice restant perméable, la matière sécrétée prenne une consistance telle, qu'elle ne puisse se frayer une voie au dehors, le follicule se distendra graduellement et les parois s'épaissiront. Cette explication ne s'applique plus aux cas où les kystes dermoïdes se développent dans les tissus ou au milieu d'organes dépourvus de follicules sébacés. On s'en rend compte alors, soit en admettant une *inclusion fœtale*, monstruosité parasitaire que nous avons eu à étudier en traitant des anomalies en général (p. 15), soit une grossesse extra-utérine (voyez *Kystes de l'ovaire*).

Symptômes. Les kystes folliculeux sébacés se présentent sous la forme d'une tumeur, d'un volume qui varie depuis une noisette jusqu'à une orange, très-bien circonscrite, supportée par un pédicule ou par une large base, de configuration variable, globuleuse, ovoïde, piriforme; cette tumeur est parfaitement mobile sur les parties subjacentes, la peau qui la recouvre lui est adhérente, sans changement de couleur, quelquefois amincie lorsque le kyste a pris de grandes proportions; elle est molle, indolente par elle-même et à la pression.

Ces kystes peuvent rester longtemps stationnaires sans causer de troubles fonctionnels; ils ne constituent alors qu'une simple difformité, et lorsqu'ils se montrent sur le crâne, ils peuvent mettre obstacle à l'emboîtement de la tête par un chapeau. Lorsqu'ils sont *congénitaux*, ils passent souvent inaperçus dans les premières années de la vie, en raison de leur peu de volume, qui s'accroît à l'époque de la puberté. Dans d'autres cas, ils s'enflamment et suppurent; les parois sont frappées de gangrène, ce qui amène quelquefois l'expulsion du kyste au dehors et la guérison de la tumeur. D'autres fois, les parois du kyste s'ulcèrent après une inflammation préalable: il se forme une ouverture fistuleuse par laquelle sortent des végétations fongueuses.

Diagnostic. Les kystes folliculeux sébacés superficiels diffèrent des autres kystes par leur situation dans l'épaisseur du derme, le défaut de mobilité de la peau qui les recouvre à toutes les périodes de leur formation, leur siège de prédilection sur les régions du corps pourvues de follicules

sébacés. Lorsqu'ils occupent une situation plus profonde, ils peuvent être confondus avec d'autres espèces de kystes.

Pronostic. Traitement. Lorsque le kyste est cutané ou même sous-cutané, c'est une affection tellement bénigne que beaucoup de sujets ne songent pas même à s'en débarrasser et conservent la tumeur toute leur vie. C'est ce qui arrive fréquemment pour les kystes situés sur le crâne ou au voisinage du sourcil.

Deux méthodes de traitement sont généralement employées pour combattre cette affection : l'ablation et la cautérisation.

L'ablation est plus expéditive que la cautérisation ; elle se pratique en faisant sur la tumeur une incision d'étendue convenable et qui ne pénètre pas jusque dans la poche ; en disséquant ensuite les lèvres de la plaie, pour isoler le kyste de toutes parts ; après quoi, on extirpe ce dernier au moyen de pinces à l'aide desquelles on en saisit les parois. Lorsqu'on a pénétré de prime abord dans l'intérieur de la poche, il faut en vider le contenu, séparer du derme la membrane d'enveloppe, et exercer des tractions sur cette membrane pour l'arracher. Enfin, dans les cas où la peau qui recouvre la tumeur est trop amincie ou altérée dans sa texture, il convient de cerner la base du kyste par deux incisions semi-elliptiques se regardant par leur concavité et se réunissant par leurs extrémités.

La cautérisation se pratique en étendant à la surface de la tumeur une petite trainée de *caustique de Vienne* ramollie par l'alcool au point de former une pâte de consistance demi-solide ; en prenant la précaution de garantir les parties voisines au moyen d'une rondelle de sparadrap de diachylon gommé fenêtrée au centre. Il suffit de laisser le caustique en place pendant dix minutes ; on en enlève alors avec soin les parcelles, et on recouvre l'escarre d'un emplâtre de sparadrap de diachylon gommé. Lorsque l'escarre est éliminée et qu'elle est remplacée par une plaie suppurante, on panse cette dernière par la méthode ordinaire, c'est-à-dire avec un plumasseau de charpie recouvert de cérat. La cautérisation est plus longue que l'extirpation, elle est aussi suivie d'une cicatrice plus apparente ; mais chez les sujets chauves, elle met plus sûrement à l'abri de l'érysipèle du cuir chevelu, et, par ce motif, elle mérite d'être conservée dans la pratique.

II. KYSTES SÉREUX.

Les kystes séreux sont des cavités closes dont la surface interne, revêtue le plus souvent d'une couche d'épithélium pavimenteux, présente les caractères d'une membrane séreuse.

Anatomie pathologique. Les parois des kystes séreux sont le plus souvent formées d'un feuillet interne ou séreux et d'un feuillet externe fibreux ou fibro-celluleux ; elles ne reçoivent qu'un petit nombre de vaisseaux et adhèrent tantôt faiblement, tantôt intimement aux parties voisines ; d'une consistance en général moyenne, elles deviennent quelquefois très-dures, lorsqu'elles se transforment en tissu fibro-cartilagineux, en tissu cartilagi-

neux et même en tissu osseux. La cavité des kystes est unique ou multiple ; de là une division des kystes en *uniloculaires* et *multiloculaires*. Le contenu présente de nombreuses variétés : c'est une sérosité limpide, incolore ou légèrement jaune ; un liquide verdâtre, trouble, glaireux ; du sang pur ou altéré ; un liquide de nature variable, pus, mucus, albumine, renfermant des paillettes de cholestérine ; enfin, il n'est pas rare de rencontrer, dans les kystes multiloculaires, des produits de diverse nature dans les différentes loges de la tumeur. Le volume des kystes offre aussi de nombreuses variétés : il y en a qui ne sont pas plus gros qu'un grain de millet ; d'autres atteignent des proportions prodigieuses (v. *Kystes de l'ovaire*). La forme est irrégulière et bosselée dans les kystes multiloculaires ; unie et globuleuse dans les kystes uniloculaires. Tous les kystes séreux sont le siège d'un travail d'exhalation et d'absorption ; ce qui le prouve, c'est, d'une part, leur augmentation graduelle de volume et la reproduction du liquide primitivement contenu, une fois qu'il a été évacué ; de l'autre, la disparition de la tumeur dans quelques cas très-rares, soit spontanément, soit par l'intervention de médications topiques.

Causes. On rencontre les kystes séreux dans tous les organes et sur tous les points du corps : à la face, dans l'orbite, au col, au tronc, dans l'épaisseur des membres, dans la mamelle, le testicule, l'ovaire, le foie, etc. Dans quelques cas, ces productions morbides se développent sous l'influence d'une violence extérieure ; dans d'autres, elles se forment spontanément, sans cause appréciable.

Pour se rendre compte de leur formation, on peut, avec Cruveilhier, les diviser en deux groupes (voir le tableau à la page 159) : les kystes *préexistants* aux matières qu'ils renferment, et les kystes *consécutifs* au produit qui y est contenu. Les premiers résultent d'une hypertrophie ou d'une transformation de petites cavités naturelles ; ainsi les kystes de l'ovaire sont considérés comme le résultat de l'ampliation des vésicules de De Graaf ; les kystes du testicule comme une ampliation des tubes séminifères. Les seconds sont le résultat de la formation d'une poche accidentelle autour d'un épanchement sanguin, d'un corps étranger vivant, etc.

Symptômes. Nous donnerons plus tard la description des kystes des os, du cou, du foie, de l'ovaire, du cordon spermatique, etc. Ce que nous dirons actuellement se rapporte plus spécialement aux kystes des membres ou des parois du tronc.

Tout kyste séreux se présente sous la forme d'une tumeur de volume variable, très-bien circonscrite, mobile ; dure, rénitente et incompressible ; quelquefois molle, élastique et fluctuante ; suivant le degré de distension des parois de la poche par le liquide qu'elle renferme ; la peau qui recouvre la tumeur ne lui est pas adhérente et ne présente aucune altération de couleur ou de texture ; parfois elle est amincie, luisante, lorsqu'elle a été distendue par un kyste volumineux ; elle est bleuâtre, lorsque les veines sous-cutanées et cutanées ont subi une certaine ampliation par la compression qu'un kyste volumineux exerce sur les vaisseaux plus profonds. Il est possible, dans quelques cas, de constater la transparence de la tumeur en

l'interposant à l'œil et à une lumière artificielle; cela arrive toutes les fois que le kyste forme un relief prononcé, que les parois n'ont qu'une épaisseur médiocre et que le contenu est un liquide citrin.

Les kystes séreux ne déterminent d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent de la compression des organes ou des tissus au milieu desquels ils se développent; ils sont indolents par eux-mêmes; ils ne réagissent jamais d'une manière fâcheuse sur la santé générale, à moins qu'ils ne se compliquent d'autres états morbides ou qu'ils ne portent atteinte à l'accomplissement des fonctions d'un organe important. Ils se comportent de diverses manières: dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, ils disparaissent peu à peu; le plus souvent, après avoir acquis un certain volume, ils s'enflamment et suppurent; l'abcès s'ouvre spontanément ou bien il est ouvert par le chirurgien; dans tous les cas, tantôt la tumeur guérit par l'adhésion des parois, après une suppuration plus ou moins longue; tantôt l'ouverture extérieure se cicatrise, le liquide se reproduit et le kyste se forme de nouveau; tantôt encore, cette ouverture se convertit en une fistule par laquelle sortent des végétations fongueuses.

Diagnostic. On peut confondre un kyste avec un abcès froid, avec une tumeur encéphaloïde en voie de ramollissement, et même avec un lipôme lorsque le kyste occupe un siège profond. La circonscription exacte de la tumeur, son développement lent, son indolence, sa rénitence et son élasticité, l'intégrité de la santé générale, l'absence d'engorgement ganglionnaire, permettent de présumer qu'il s'agit d'un kyste. Dans beaucoup de cas, le diagnostic différentiel ne peut être établi qu'après une ponction préalable de la tumeur avec un trois-quarts. Cette ponction apprend non-seulement que la tumeur est formée d'éléments solides ou d'un liquide, mais encore la qualité spéciale de ce dernier, ce qui permet d'apprécier la nature du kyste. Le même mode d'exploration est nécessaire, la plupart du temps, pour distinguer un kyste *uniloculaire* d'un kyste *multiloculaire*; une seule ponction étant suffisante dans le premier cas pour vider tout le contenu de la poche; plusieurs ponctions successives en divers points étant nécessaires pour obtenir le même résultat dans le second cas.

Pronostic. Il est subordonné au volume du kyste, à la nature du produit qu'il renferme, à sa situation superficielle ou profonde, à ses rapports avec des organes plus ou moins importants.

Traitement. C'est en vain qu'on chercherait, dans le plus grand nombre de cas, à obtenir la guérison d'un kyste séreux par des *topiques résolutifs* ou des *vésicatoires volants*. La ponction de la poche au moyen d'un trois-quarts n'est qu'un moyen palliatif, car le liquide évacué ne tarde pas à se reproduire. Il faut donc modifier la vitalité des parois du kyste, en portant dans la cavité de ce dernier un *liquide irritant*; la plupart des chirurgiens préfèrent la *teinture d'iode* additionnée d'une quantité égale d'eau distillée et d'un trentième de son poids d'iodure de potassium. Lorsque le kyste a des parois épaisses, la méthode précédente est insuffisante: on peut alors choisir entre l'*incision*, le *séton*, l'*ablation partielle* ou *totale*.

L'*incision* se pratique en faisant à la surface de la tumeur une plaie de

longueur suffisante qui pénètre jusque dans la cavité du kyste. Le liquide évacué, on remplit la poche de charpie pour la faire suppurer et développer une membrane granuleuse dont les divers points adhèrent, ce qui produit l'oblitération du kyste. La méthode du *séton* consiste à traverser la tumeur avec une aiguille entraînant une mèche qu'on laisse séjourner pendant tout le temps nécessaire au développement de l'inflammation suppurative. L'*extirpation* totale s'effectue en faisant à la peau une incision simple ou cruciale, en disséquant les lèvres de la plaie et en séparant les adhérences du kyste avec les parties voisines. L'*extirpation partielle* diffère de la précédente en ce qu'après l'incision et la dissection de la peau, on fait une perte de substance aux parois de la poche que l'on remplit, comme dans la méthode de l'incision, de charpie sèche.

Les kystes séreux des cavités splanchniques, ceux du foie, de l'ovaire, comportent des procédés opératoires spéciaux ayant pour but d'évacuer le contenu de la poche sans produire l'épanchement du liquide dans la cavité séreuse avec laquelle elle est en rapport. Ces procédés seront exposés dans l'article suivant (p. 168).

III. KYSTES ACÉPHALOCYSTES.

On désigne sous le nom de *kystes acéphalocystes* des poches renfermant des vésicules pourvues d'animalcules particuliers appelés *échinocoques*.

Anatomie pathologique. Il y a à considérer dans tout kyste acéphalocyste: le kyste adventif, la membrane acéphalocyste, la membrane germinale, l'échinocoque.

1° Le *kyste adventif* est la partie la plus extérieure du kyste acéphalocyste; il manque quelquefois; son épaisseur varie de 4 à 8 millimètres; les parois en sont fibreuses avec ou sans plaques ossiformes. La configuration en est généralement sphéroïdale; sa cavité unique rarement divisée en plusieurs loges. La face externe adhère aux parties voisines par un tissu lâche ou serré; la face interne est rugueuse et chagrinée. Les parties constituantes de l'organe dans l'épaisseur duquel le kyste s'est développé sont dissociées, quelquefois atrophiées ou transformées en tissu fibreux.

2° Au-dessous du kyste adventif se trouve la *membrane acéphalocyste*. Elle se présente sous la forme d'une poche qui varie de volume, depuis un grain de mil jusqu'à une grosse orange, et même la tête d'un adulte; elle est en général sphéroïdale, à moins qu'elle n'ait été comprimée; d'une pesanteur spécifique un peu supérieure à celle de l'eau; douée d'une certaine élasticité, ce qu'il est facile de constater en la laissant tomber d'une certaine hauteur sur un plan résistant. Elle est légèrement opaline et transparente, d'une consistance analogue à celle d'une couche légère de blanc d'œuf coagulé. Examinée au microscope, elle offre une structure homogène finement granuleuse, sans qu'on puisse y découvrir la présence d'aucun élément anatomique figuré. Elle se compose de quatre à cinq feuillets d'inégale épaisseur, dépourvus de vaisseaux sanguins. Sa surface externe est lisse, contiguë aux parois du kyste adventif, mais sans adhérence avec lui. En général, il n'y