§ 3. — Corps étrangers.

Les corps étrangers que nous avons signalés dans les bourses séreuses sous-cutanées se rencontrent bien plus souvent encore dans les gaînes tendineuses. On les observe surtout dans la gaîne des fléchisseurs des doigts, dans celle des extenseurs des orteils.

Souvent la tumeur, siégeant au niveau du ligament annulaire du carpe ou dorsal du tarse, est bilobée. On y sent le frottement caractéristique que nous avons indiqué plus haut. Les conditions nécessaires à la production de ce frottement ont été bien étudiées par M. Michon.

La tumeur reste rarement stationnaire, elle a même une grande tendance à s'accroître ; aussi la difformité qui en résulte, mais surtout la gêne des mouvements et l'inflammation qui l'accompagne, en font une affection des plus sérieuses, beaucoup plus grave que les tumeurs analogues que l'on rencontre dans les bourses séreuses sous-cutanées.

Traitement. — Cette affection ne saurait être guérie que par l'incision, mais il ne faut pas se dissimuler la gravité de cette opération qui peut déterminer une inflammation des plus violentes.

L'incision portera sur les deux portions de la tumeur, ou même divisera le ligament annulaire du carpe ; on videra complétement la tumeur des corps étrangers et du liquide qu'elle renferme. La double incision suffit dans la plupart des cas, et ce n'est que quand les corps étrangers ne peuvent être évacués complétement, qu'il faut se décider à diviser la poche sur toute sa longueur. Après l'opération, on aura recours aux irrigations continues, conseillées par M. Josse (d'Amiens), afin de modérer l'inflammation qui ne tarde pas à se développer.

BIBLIOGRAPHIE. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, Éd. Bichat, t. I, p. 192-193, 1798. — Villermé, *Dictionnaire* en 60 vol., t. LIV, p. 115, art. CAPS. SYNOVIALES PATH., 1821. — Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 176, éd. 1831. — Ollivier, *Dictionnaire* en 30 vol., 2e édit., t. V, p. 537, 1833. — Poulain, *Mémoire sur la crépitation des gaînes tendineuses*, in *Gaz. méd.*, 1835. — J. Cloquet, *Dictionnaire* en 30 vol., 2e édit., t. XIII, p. 584, 1836. — A. Leguey, *Recherches anatomiques chirurgicales et physiologiques sur les bourses synoviales des tendons fléchisseurs des doigts*, thèse, Paris, 1837, n° 374 — Dupuytren, *Des kystes séreux contenant de petits corps blancs ou hydatides*, in *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. II, p. 148, 2e édit., 1839. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 420. 1844. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.* Paris, 1843. — Deville, *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 210, 1851. — Gosselin, *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, 1851. — — Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.*, thèse de concours, 1851. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 33, 1851. — Baudoin, *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, thèse de Paris, 1855. — Foucher, *Note pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales de la région poplitée*, in *Gazette hebd.*, 1855, p. 271 ; *Mémoire sur les kystes de la région poplitée*, in *Archiv. gén. de méd.*, septembre 1856. — Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main*, thèse de concours, 1857. — Bidart, *De la synovite tendineuse chronique*, thèse de Paris, 1858. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 108 (*Système séreux*), 2e édition, 1859. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 131, 1863.

CHAPITRE III.

AFFECTIONS DE LA PEAU.

Nous traiterons dans ce chapitre du *furoncle*, de l'*anthrax*, des *verrues*, des *productions cornées*, des *kystes de la peau*, renvoyant à la première partie de cet ouvrage pour ce qui a trait aux *brûlures*, aux *plaies*, aux *ulcères*, etc. Quant à l'affection décrite sous le nom de *cancroïde*, *noli me tangere*, etc., nous renvoyons à ce qui a été dit en traitant du cancroïde.

Art. I. — Du furoncle.

Le *furoncle* est une maladie qui a son siége dans le tissu cellulo-graisseux contenu dans les aréoles de la face interne du derme. Tantôt cette affection inflammatoire intéresse un très-petit nombre de ces paquets graisseux, tantôt elle en comprend un nombre plus considérable. Dans le premier cas, on a affaire à un *clou* ou *furoncle ;* dans le second cas, la maladie prend le nom d'*anthrax furonculeux*, *simple*, *ou bénin*.

Le furoncle est constitué par une petite tumeur inflammatoire, se terminant presque toujours par la suppuration lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et laissant échapper avec le pus, une petite masse spongieuse, grisâtre, appelée *bourbillon*.

Anatomie pathologique. — Dupuytren pensait que le paquet blanchâtre désigné sous le nom de *bourbillon* était entièrement formé par le tissu cellulaire gangrené ; mais d'après M. Denonvilliers : « Dans le furoncle, il n'y a pas nécessairement étranglement et inflammation gangréneuse : ce que l'on prend pour du tissu cellulaire adipeux gangrené n'est qu'un produit de sécrétion qu'on pourrait appeler *matière bourbillonneuse.* » M. Nélaton a démontré en effet *que le bourbillon était un produit de sécrétion pseudo-membraneuse ;* il n'y a rencontré aucune des traces de l'organisation que l'on doit trouver dans tous les tissus sphacélés ; il prouve, en outre, qu'*il n'y a pas d'étranglement*, puisque la base des cônes celluleux est parfaitement libre, et que le sommet des petits cônes maintenu par des prolongements nerveux et vasculaires est seul frappé de gangrène.

Enfin, sans faire intervenir l'étranglement comme cause de la gangrène du tissu cellulaire, M. Malgaigne pense que l'inflammation furonculeuse est elle-même de nature gangréneuse.

Toujours est-il que l'examen microscopique du bourbillon offre dis-

tinctement des fibres celluleuses en petite quantité il est vrai, le reste est constitué par les éléments des exsudats plastiques et purulents (Follin).

Symptômes. — Au début, le furoncle dépasse à peine le niveau de la peau ; mais au bout de trois ou quatre jours, il forme une tumeur d'un rouge vif, dure, à base large, à sommet acuminé saillant. Du quatrième au sixième jour, la pointe s'élève encore, blanchit, la peau se gerce, puis se perfore et donne passage à une petite quantité de pus par une ouverture très-étroite à travers laquelle on aperçoit le bourbillon. Du huitième au douzième jour celui-ci se détache, tantôt par lambeaux, d'autres fois d'une seule pièce, et l'on trouve, au fond de la plaie, une cavité cylindrique qui ne tarde pas à se rétrécir et à se cicatriser. La douleur qui accompagne le furoncle est très-vive jusqu'à la sortie du bourbillon ; on l'a comparée à celle que produirait une vrille qu'on enfoncerait dans les tissus. Le furoncle est une affection essentiellement locale, qui cause rarement des symptômes généraux. Il se termine dans certains cas par résolution lente (Follin).

Étiologie. — Les causes du furoncle sont peu connues ; c'est ainsi qu'on en voit se montrer quelquefois en très-grand nombre, chez des individus jouissant en apparence de la meilleure santé. Le plus fréquemment la malpropreté, l'application continue de corps gras ou d'onguents sur la peau, sont la cause des furoncles, enfin, ils se développent dans le cours d'une maladie (diabète) ou à sa terminaison (variole). Il n'est pas rare de voir se développer chez le même individu une multitude de furoncles qui se succèdent. Quelques auteurs ont signalé ces épidémies furonculeuses (Laycock, Kinglake, Hunt (1), Tholozan).

Traitement. — Dans le but de faire avorter le furoncle, on a conseillé de cautériser légèrement la tumeur avec le nitrate d'argent, d'appliquer sur le mal de la teinture d'iode ou des compresses trempées dans l'alcool. Pour remédier à l'étranglement supposé des parties, Lallemand conseille de faire une incision circulaire autour de la tumeur ; on préfère, avec raison, à ce moyen, une incision simple ou une incision cruciale lorsque la tumeur est volumineuse, afin de faciliter la sortie ultérieure du bourbillon. Les saignées locales doivent être abandonnées, car elles sont inutiles, puisque jamais elles ne détermineront l'avortement du furoncle, et augmenteront l'irritation tant par les piqûres qu'elles nécessitent qu'en appelant le sang vers la partie enflammée.

S'il existait quelque embarras du côté des voies digestives, de légers purgatifs, de l'eau de Sedlitz par exemple, seraient administrés avec avantage.

(1) Th. Laycock, *Union médicale*, 1851, p. 196.—H. Kinglake, *The Edinburg monthly Journ.*, 1852, vol. XV, p. 18.— Hunt, *The Lancet*, 1852, p. 149.

Bibliographie. — Jourdan, *Dictionnaire* en 60 vol., t. XVII, art. Furoncle, p. 163, 1816. — Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 44 et suiv., 1814. — Levillain, *Du furoncle*, thèse de Paris, 1828, n° 38. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XIII, p. 532, 1836. — Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. IV, p. 470, 1839. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 379, 1844.— A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 56, 1851. — Jarjavay, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 413, 1852.— Gaudaire, *Du furoncle*, thèse de Paris, 1854, n° 253. — Tholozan, *Note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire*, etc., in *Gaz. méd.*, 1853, p. 2. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, art. Des téguments, p. 73 et suiv., 1859, 2e édit. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 23, 1863.

Art. II. — Anthrax.

L'*anthrax bénin* n'est autre chose qu'un furoncle très-étendu, c'est-à-dire dans lequel un grand nombre d'aréoles du derme sont malades ; aussi nous décrirons en peu de mots cette maladie, ce que nous avons dit du furoncle pouvant parfaitement lui être appliqué.

L'*anthrax malin* appartient aux affections charbonneuses. (Voyez *Pustule maligne.*)

Étiologie. — Les causes de l'anthrax sont aussi mal connues que celles du furoncle, on a invoqué la malpropreté, l'application de corps irritants sur la peau. Mais cette affection se développe souvent chez des sujets épuisés par la fatigue ou les excès, ce qui lui donne un certain caractère de gravité.

Signalons enfin ses rapports avec le diabète sucré (Prout) (1).

Symptômes. — L'anthrax se présente sous la forme d'une tumeur beaucoup plus considérable que le furoncle ; sa base est plus large ; son sommet, au lieu de se terminer en pointe, est hémisphérique. La peau, rouge violacée, se recouvre quelquefois de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente ; bientôt elle se perfore en presque autant de points qu'il existe de bourbillons, c'est-à-dire de paquets cellulo-graisseux malades ; les ouvertures qui leur livrent passage donnent à la tumeur à peu près l'apparence d'une pomme d'arrosoir. Lorsque ces ouvertures sont très-rapprochées les unes des autres, la peau se détruit, et après l'élimination du produit pseudo-membraneux, la plaie se présente sous la forme d'un véritable ulcère, mais qui guérit facilement. D'autres fois, au contraire, la peau est décollée, les aponévroses sont mises à nu, et l'anthrax est le point de départ d'un phlegmon diffus ; il suit alors la même marche que cette dernière maladie : c'est dans cette circonstance qu'il a pu causer la mort des malades.

L'anthrax, lorsqu'il a un volume assez considérable, donne lieu à des symptômes généraux quelquefois très-intenses, tels que de la fièvre, des nausées, des vomissements.

(1) Prout, *On the nature and treat, of stamach and urinary diseases.* 1840.

Le *pronostic* de cette maladie varie avec son siége, son intensité ; c'est ainsi que, siégeant au cou, il a pu par son développement déterminer la suffocation. Mais, en général, cette affection ne présente pas une grande gravité ; le mouvement fébrile disparaît ordinairement aussitôt que les bourbillons se sont fait jour au dehors.

Traitement. — Sanson conseille d'appliquer, au début, de nombreuses sangsues sur la tumeur. Si les souffrances sont trop vives, il fait une incision cruciale du sommet vers la base de l'anthrax ; il diminue ainsi l'intensité de la douleur, et en procurant une large issue aux bourbillons et à la suppuration, il prévient la gangrène de la peau. M. Guérin conseille et pratique avec succès l'incision cruciale sous-cutanée.

S'il existait quelques complications du côté des voies digestives, on les combattrait au moyen de légers laxatifs et des boissons délayantes.

Enfin si, après l'ouverture des téguments, les bourbillons tardaient à se faire jour au dehors, on panserait avec quelques digestifs ou avec des liqueurs aromatiques ; et lorsque la plaie serait détergée, on emploierait le cérat ou les bandelettes agglutinatives.

Bibliographie. — Mouton, *Dictionnaire* en 60 vol., art. Anthrax, t. II, p. 181, 1812. — Codet, *Dissertation sur l'anthrax*, thèse de Paris, 1813, nº 130. — Vergnies, *Considérations sur l'anthrax non contagieux*, thèse de Paris, 1815, nº 242. — Dupuytren, *Du phlegmon diffus et de l'anthrax*, in *Leçons de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 468, 1839. — L. J. Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. Anthrax, t. III, p. 26, 1829. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., art. Anthrax, t. III, p. 193, 1833. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 384, 1844. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 60, 1851. — Hawkesavorth-Ledwick, *Observations on anthrax*, in *Dublin quarterly Journal*, november 1856. — A. Wagner, *Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen zwischen dem Meliturie und dem Carbunkel*, in *Virchow's Archiv*, t. XII, p. 40, 1857. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 31, 1863. — A. Guérin, *Nouveau dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques*, art. Anthrax, t. II, p. 559, 1865.

Art. III. — Des verrues.

Les *verrues* sont de petites excroissances qui font saillie à la surface de la peau. On les rencontre principalement à la face dorsale des mains, aux doigts et au visage. Elles sont rarement solitaires, quelquefois elles sont groupées de manière à former des plaques assez larges. Les unes sont pédiculées, constituées par une substance molle recouverte par l'épiderme, ce sont les *verrues proprement dites ;* les autres sont dures, chagrinées, aplaties et constituées par des filaments fibreux parallèles qui s'écartent assez souvent, de manière à former des fentes, des crevasses. Ces tumeurs sont désignées sous le nom de *poireaux.*

Les poireaux disparaissent souvent spontanément ; les verrues, au contraire, persistent quelquefois pendant un temps indéfini. Ces excroissances n'ont d'autre inconvénient que de causer une légère difformité. Elles ne deviennent gênantes que lorsqu'elles se trouvent sur la face palmaire des doigts ou à la plante du pied.

Les verrues ou poireaux ne sont autre chose que des hypertrophies papillaires avec prédominance de la production épidermique. Cette structure explique comment on peut couper leur partie superficielle sans écoulement de sang, et pourquoi elles saignent facilement quand on intéresse leur base avec un instrument tranchant. Quelques-unes présentent aussi une sensibilité très-vive, bien que les papilles hypertrophiées soient de nature vasculaire.

Les verrues disparaissent facilement par la ligature. Les poireaux peuvent être détruits par la cautérisation soit avec de l'azotate d'argent, après avoir incisé les lamelles les plus superficielles de la tumeur, soit avec un acide concentré, l'azotate acide de mercure, l'acide azotique. Le suc des euphorbiacées, de la grande chélidoine, paraît, dans quelques cas, les faire disparaître.

Bibliographie. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 386, 1844-59. — L. V. Lagneau, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXX, p. 662, 1846. — Virchow, *Ueber Kankroïde und Papillargeschwülste* (*Verhandlungen der phy. med. Gesellschaft*, in *Würzburg*, vol. I, p. 106, 1850. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 62, 1851. — Verneuil, *Observations pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau*, in *Arch. gén. méd.*, mai 1854. — Jolieu, *Des tumeurs chirurgicales de la peau*, thèse de Paris, 1855. — Ollier, *Des tumeurs hypertrophiques de la peau, etc.*, in *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, 1858. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 44 (*Hypertrophies papillaires*), 1861.

Art. IV. — Productions cornées.

On observe quelquefois à la surface de la peau et des membranes muqueuses, des productions cornées tout à fait semblables aux cornes des ruminants. On a constaté que ces productions se rencontraient surtout à la face et au crâne, puis à la partie interne des cuisses. Celles des muqueuses se développent principalement sur le prépuce et sur le gland.

Les cornes sont quelquefois solitaires, d'autres fois on en trouve un très-grand nombre sur le même individu (Ingrassias, Fabrice de Hilden, Saint-Georges Asch., Heschl) ; leur longueur est souvent de 3 à 4 centimètres ; on en a observé, toutefois, qui avaient jusqu'à 30 centimètres. Elles sont habituellement coniques, beaucoup plus rarement bifurquées, rameuses. Généralement brunes, lisses, elles sont quelquefois raboteuses et comme formées par l'addition de zones nouvelles ; l'épiderme les recouvre à des hauteurs variables. Elles offrent une dureté plus grande au sommet qu'à la base, à la circonférence qu'au centre

où elles sont quelquefois remplies par une matière demi-fluide ; leur composition chimique se rapproche de celle des prolongements frontaux des animaux (Landouzy).

Les cornes prennent naissance dans l'épaisseur de la peau ; ce n'est que dans des cas très-exceptionnels qu'on a constaté leur adhérence aux os par suite de l'inflammation du périoste.

Abandonnées à elles-mêmes, ces productions tendent à s'accroître continuellement, presque toujours avec une extrême lenteur. Elles ne causent de gêne que par les tiraillements des téguments au niveau de leur point d'implantation, ou par la pression qu'elles exercent sur les parties molles voisines.

La chute spontanée des cornes est rare. Dans ces circonstances elles se reproduisent; d'autres fois la peau qui supporte la production cornée s'ulcère, la corne tombe en totalité ou en partie, et quelquefois cette ulcération prend les caractères d'un cancer épithélial.

Le seul traitement applicable aux cornes, est l'extirpation : on enlève en même temps la corne et la portion de téguments qui la supporte. Cette opération est souvent suivie de récidive (Boyer), et la plaie qui en résulte peut prendre les caractères d'un cancroïde.

BIBLIOGRAPHIE. —Ingrassias, *De tumoribus præter naturam*, t. I, p. 336, 1553. — Fabrice de Hilden, *Centuria II*, obs. 25, avec fig., éd. 1646 (Francf.-sur-le-Mein). — Frank de Franckneau, *Tractatus philologico-medicus de cornutis*, etc. Heidelberg, 1678, in-4° — Saint-Georges Asch., *Transactions philosophiques*, n° 176, p. 1202, 1685. —C. Zachmanns, *Commer. litter.*, t. I, p. 97. Vittemberg, 1736. — Du Monceau, *Observation sur des cornes survenues aux cuisses, etc.*, in *Journal de Vandermond*, t. XIV, p. 145, 1761.— Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. 65, t. IV, p. 305, 1767. — Vicq d'Azyr, *Histoire de la Société royale de médecine*, p. 295, 1777-1778. — Danxais, *Des cornes*, thèse. Paris, 1820, n° 253. — Dublanc, *Analyse de cornes humaines*, in *Journal de pharmacie*, mars, 1830. — Mercier, *Bulletins de la Société anatomique*, p. 131, 1835. — G. Breschet, *Dictionnaire* en 30 vol., art. PROD. CORNÉES, t. IX, p. 113, 1835.—Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 388, 1844.— A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 64, 1851. —Heschl (de Cracovie), *Die Hauthörner* (*Œsterreich. Zeitschrift für pract. Heilkunde*, V, p. 4, 1859. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 143, 1857. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 40, 1863.

Art. V. — Des kystes de la peau.

Nous décrirons dans cet article les kystes qui siégent : 1° dans les follicules sébacés et les follicules pileux ; 2° dans les glandes sudoripares.

A. Des kystes dermoïdes.

Nous avons déjà étudié les kystes dermoïdes folliculeux ou sébacés (voyez article *Kystes en général*), nous ne ferons ici qu'indiquer leur traitement.

Traitement. — Si l'orifice de la glande qui a donné naissance au kyste n'est pas oblitéré, on peut essayer d'expulser toute la matière contenue dans la poche, mais ce moyen n'est le plus souvent que palliatif ; il faut, pour obtenir la guérison, ou modifier la surface interne du kyste, ou l'enlever en entier. La tumeur est-elle peu volumineuse, on l'incise, on extrait avec une curette la matière sébacée qu'elle renferme, puis avec des pinces, on enlève la poche. Si cette extirpation présentait des difficultés, on pourrait cautériser la surface interne avec l'azotate d'argent. Le meilleur procédé consiste à inciser la peau, sans ouvrir le kyste, à la disséquer à droite et à gauche, puis à énucléer la tumeur tout entière.

BIBLIOGRAPHIE. — Avec la bibliographie des kystes, consultez : B. Girard, *Lupiologie, etc.*, Londres et Paris, 1775, in-12. — Louis, *Discours sur les loupes*, in *Journ. des savants*, et *Mém. pour servir à l'histoire de la chirurgie au XVIIIe siècle*, par Paul, 2e partie, p. 4. — Chopart, *Essai sur les loupes*, in *Mém. des sujets de prix de l'Acad. roy. de chir.*, t. IV, p. 274. — Nélaton, *Élém. de path. chir.*, t. II, p. 608, 1847. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 698, 1851. — A. Porta, *Dei tumori follicolari sebacei*, Milan, 1856, et *Annali univ. di medicina*, 1857, t. XXIII, p. 625 et 1859, t. XXXII, p. 289. — Hartmann, *Ueber Balggeschwulste, Atherome*, in *Virchow's Arch.* 1857, t. XII, p. 430. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 109, 1857. — Lutz, *De l'hypertrophie générale du système sébacé*, thèse de Paris, 1860, n° 65. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 53, 1863.

B. — Kystes des glandes sudoripares.

Cette affection est encore peu connue, elle a été décrite par M. Verneuil qui en a publié plusieurs observations. Dans l'une, il a constaté une *hypertrophie kystique* des glandes. Il y est question d'un homme de quarante ans environ, portant à la région supérieure du cou une tumeur du volume d'une grosse amande, située au-dessous et un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, sur la face externe du muscle sterno-mastoïdien, plus haut et plus en arrière que le bord postérieur de la parotide. Peu mobile, quoique indépendante du squelette, cette tumeur est mollasse, sans fluctuation manifeste. Le toucher y reconnaît des bosselures, et elle offre la consistance de certaines productions vasculaires veineuses. La peau qui la recouvre est mobile, n'offre aucune altération de couleur ni de consistance, et l'on n'aperçoit à sa surface aucun pertuis. La tumeur s'est développée lentement, sans cause connue ; elle n'a jamais été douloureuse, mais elle s'accroît.

Dans une autre observation, M. Verneuil a constaté l'existence de kystes multiples fort petits, formés par la dilatation d'un certain nombre de conduits sudoripares. L'hypertrophie des glandes sudoripares a encore été remarquée par M. Verneuil dans un cas sur une tumeur ulcérée de la peau ; dans un autre, cette hypertrophie constituait une tumeur qui siégeait sur la lèvre supérieure. Enfin cette hypertrophie,

dans deux autres cas, a été accompagnée d'une infiltration de cellules épithéliales. Cette deuxième espèce d'hypertrophie est désignée par l'auteur sous le nom d'*hypertrophie générale*.

Nous ne faisons que mentionner ces altérations dont on ne possède qu'un petit nombre de faits et dont il est jusqu'à présent impossible de déterminer exactement la symptomatologie. Quant au traitement, celui qui a été appliqué est l'extirpation : nous pensons que c'était le parti le plus convenable qu'il y avait à prendre dans ces circonstances.

BIBLIOGRAPHIE. — Verneuil, *Archives générales de médecine*, octobre 1854, p. 461, 5e série, t. IV.—Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, p. 51, 1863.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS DES ARTÈRES.

Art. I. — Artérite.

L'artérite est l'inflammation des artères; on la rencontre dans les troncs artériels volumineux et particulièrement aux membres inférieurs.

Anatomie pathologique. — La tunique interne des artères est d'une rougeur uniforme, les parois des vaisseaux sont épaissies, plus friables; les vaisseaux propres sont très-développés, on rencontre dans les artères enflammées du pus et des fausses membranes. Ces dernières ont tantôt la forme de petits tubes laissant encore au vaisseau une partie de sa perméabilité, d'autres fois ce sont de petits flocons ou des masses volumineuses adhérentes qui mettent obstacle à la circulation. Enfin, l'artère enflammée est remplie de caillots plus ou moins colorés qui donnent aux vaisseaux l'aspect d'une artère remplie par un injection solidifiante.

Il résulte des observations de MM. Rigot et Trousseau que la coloration rouge de la face interne des artères n'est aucunement liée à l'inflammation de ces vaisseaux. Ce serait un phénomène d'imbibition cadavérique très-variable.

D'après Virchow, l'inflammation des artères ne serait pas caractérisée par l'épaississement, la friabilité, l'aspect mat de leur membrane interne. Le travail inflammatoire se bornerait aux deux tuniques externe et moyenne, devenues moins élastiques et plus friables. Le calibre du vaisseau diminué par cette exsudation interstitielle, deviendrait irrégulier, d'où la formation de caillots sanguins.

Dans quelques circonstances, cette inflammation peut se terminer par suppuration, ce fait a été observé surtout pour l'aorte. La tunique interne peut se perforer, et le pus pénétrant dans le torrent circulatoire, il en résulte des phénomènes tout à fait analogues à ceux de l'infection purulente.

Symptomatologie. — Douleur extrêmement vive sur toute la longueur du vaisseau, augmentant par la pression et dans les mouvements de flexion; si l'on applique le doigt le long de l'artère, on sent une corde volumineuse, dure, qui est le siége de battements. Plus tard les douleurs deviennent moins intenses, les battements disparaissent, des abcès se développent dans le membre. Dans des cas plus heureux, les battements artériels perdent de leur intensité anormale et le membre reprend peu à peu ses fonctions. Lorsque les pulsations ont disparu, c'est-à-dire lorsque l'artère a cessé d'être perméable, on observe des fourmillements et de l'engourdissement dans le membre, la sensibilité et la motilité disparaissent, la température s'abaisse et l'on voit apparaître les signes de la gangrène spontanée par oblitération artérielle.

Diagnostic. —Cette affection peut être confondue avec la phlébite, l'angioleucite, le phlegmon, mais la nature des battements, le siége et l'intensité de la douleur mettront facilement sur la voie du diagnostic.

Pronostic. — Généralement grave, puisque cette affection peut se terminer par la gangrène, et que dans quelques circonstances il reste une atrophie musculaire et une paralysie du sentiment. Cependant il est des cas où la maladie se termine par résolution, avec ou sans oblitération des vaisseaux.

Traitement. — Si la réaction est vive, on emploiera un traitement antiphlogistique énergique : saignée générale, application de sangsues sur les vaisseaux, diète sévère ; le membre sera mis dans l'extension et des cataplasmes seront appliqués sur les parties douloureuses.

L'apparition de la gangrène nécessite des indications particulières. (Voyez *Gangrène par artérite*.)

BIBLIOGRAPHIE. — J. P. Franck, *De curandis hominum morbie epitome*. Manheim, 1792.— Schmuch, *Diss. de vasorum sanguiferorum inflammatione*. Heidelberg, 1793. — Jones, *A treatise on the process employed by nature*. London, 1806. — Tanchou, *Rech. anat. pathol. sur l'inflammation des vaisseaux, etc.*, in *Journ. univ. des sc. med.*, t. XL, p. 97, 1825. — E. Dalbant, *Quelques observations pour servir à l'histoire de l'artérite, etc.*, thèse de Paris, 1819, n° 202.— P. H. Bérard, *Diss. sur plusieurs points d'anatomie pathologique et de pathologie*, thèse. Paris, 1826.— Rigot et Trousseau, *Recherches nécroscopiques sur quelques altérations que subissent après la mort les vaisseaux sanguins, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, t XII, 1826, p. 169 et 333, et t. XIV, 1827, p. 321. — Bouley, *Journal de médecine vétérinaire*, par Girard, janvier 1827. — Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, 1826. — Delpech et Dubreuil, *Sur l'artérite et la gangrène momifique*, in *Mém. des hôp. du Midi*, 1829. p. 231. — V. François, *Essai sur les gangrènes spontanées*, Paris et Mons, 1832, in-8. — Bizot, *Recherches sur le cœur et le système artériel chez l'homme*, in *Mém. de la Soc. médicale d'émulation*, t I, p. 262, 1837. — Breschet, *Histoire de l'inflammation des vaisseaux ou de l'angite*, in *Journ. des progrès*,