

dans les intervalles que laissent entre elles ses fibres divariquées, et donne la sensation d'une masse fongueuse qui se laisse déchirer au moindre effort. Enfin le sujet maigrit, perd les forces, et finit par succomber, épuisé par les sueurs et les autres accidens colliquatifs.

Le spina ventosa est facile à distinguer des exostoses, à sa forme, et à la nature des douleurs dont il est accompagné.

Quand il est indolent, la distinction est plus difficile, et même, dans quelques cas rares, impossible. Cependant le volume qu'il acquiert est toujours plus considérable que celui des exostoses et des hyperostoses. On le distingue facilement du gonflement scrofuleux des phalanges des doigts chez les jeunes sujets, avec lequel presque tous les auteurs le confondent encore aujourd'hui. Ce dernier gonflement est une ostéite, et il se termine, comme l'ostéite, par la nécrose ou par la carie des os affectés. Enfin l'ostéosarcome (ou cancer des os), avec lequel il a quelque analogie de forme et de siège, offre une tuméfaction plus bosselée et moins dure; il provoque des douleurs plus vives, et ces douleurs sont lancinantes comme celles des cancers; il suit une marche plus rapide et altère plus vite la constitution des malades, qui prennent promptement le teint plombé et terreux propre aux individus affectés de maladies cancéreuses.

Le pronostic du spina ventosa est toujours grave, puisque ce n'est que dans les cas rares et pour ainsi dire exceptionnels, qu'il suspend complètement ses progrès.

*Traitement.* Tant que la maladie ne compromet pas actuellement la vie du sujet, on doit se borner à combattre les douleurs et l'irritation locale par les moyens antiphlogistiques ordinaires. Mais lorsqu'elle a fait des progrès considérables, et qu'elle commence à faire sentir son influence sur la santé, il ne reste d'autre ressource que dans l'amputation de la partie.

On a proposé de fendre les parties molles, d'ouvrir la cavité osseuse, et de détruire par le fer et par le feu la masse fongueuse qui la remplit. Mais il est facile de voir qu'une semblable opération offre trop peu de chances de succès pour pouvoir être tentée; car il est douteux que le malade puisse résister à l'inflammation étendue et grave qui en serait la suite immédiate. Il est probable que, s'il résistait aux accidens inflammatoires primitifs, il succomberait à la longue et abondante suppuration nécessitée par l'élimination des parties d'os privées de vie, ou à la récurrence du mal; et, en supposant qu'il évitât tous ces dangers, il ne conserverait qu'un membre informe, et incapable, dans la plupart des cas, de remplir ses fonctions.

#### ORDRE CINQUIÈME.

##### PSEUDO-MEMBRANES.

Des pseudo-membranes en général.

Les pseudo-membranes consistent, ainsi que nous l'avons déjà dit, en des concrétions sous forme de couches, étendues sur diverses surfaces, et susceptibles de s'organiser dans quelques cas. On les observe à la peau, sur quelques vésicatoires récents, et souvent à la surface de ceux qui sont anciens et trop irrités; sur les membranes muqueuses, dans certaines inflammations; dans la cavité des membranes séreuses, à la suite aussi de leurs phlegmasies. Leur composition n'est pas toujours la même: ainsi les pseudo-membranes des vésicatoires paraissent formées d'albumine; celles des membranes muqueuses, de mucus ou de pus concret; et celles des membranes séreuses, de fibrine décolorée.

C'est presque toujours l'inflammation qui donne naissance à ces productions morbides, mais c'est rarement pendant son cours qu'elles s'organisent. En général, ce travail n'a lieu que quand toute inflammation est éteinte; encore ne l'observe-t-on jamais dans les pseudo-membranes cutanées, peut-être jamais

non plus dans celles qui se développent sur les membranes muqueuses, et n'est-ce que dans les membranes séreuses qu'on le voit manifestement s'opérer? Pourquoi certaines inflammations sont-elles accompagnées de la formation de fausses membranes, tandis que d'autres inflammations d'égale intensité, attaquant les mêmes organes, n'en produisent pas? Il est probable que la nature de la cause de l'inflammation influe sur ces résultats. Cependant, avant d'attribuer à quelque chose de spécial dans l'agent d'irritation, la production des pseudo-membranes, il faudrait peut-être étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici toutes les particularités du mode d'action des causes, les circonstances de l'état morbide lui-même, etc.; peut-être découvrirait-on dans cette étude quelques circonstances jusqu'à ce jour inaperçues, qui nous rendraient raison des faits. Cette marche du moins serait plus philosophique que celle qui consiste à supposer sans cesse des inconnues pour se tirer d'embarras. Est-il bien logique, par exemple, d'attribuer, au mode spécial d'irritation des cantharides, la formation des pseudo-membranes sous-épidermiques des vésicatoires, quand on sait que cet effet est loin d'être constant, bien que l'agent reste le même? La durée de l'application de cet irritant, la douleur et la chaleur locales qu'il détermine, et qui varient suivant les individus, nous expliqueraient peut-être mieux la variabilité de ses effets. Il en serait probablement de même des fausses membranes produites par les phlegmasies de la plèvre dans certains cas, et qui n'existent pas dans d'autres. Il suffit, en effet, de remarquer que les pleurésies chroniques dès le début, n'en sont jamais accompagnées, alors même qu'il existe un épanchement, pour être autorisé à penser qu'une chaleur locale vive, et un influx nerveux ou une douleur considérable, sont les conditions nécessaires de la coagulation de la fibrine qui forme la pseudo-

membrane. Enfin, en appliquant le même esprit d'analyse à la recherche des causes des pseudo-membranes qui recouvrent dans certains cas les surfaces muqueuses enflammées, on arriverait peut-être à s'en rendre compte d'une manière tout aussi naturelle. Toutefois, nous ne voulons pas nier que la nature des causes puisse être pour quelque chose dans ces résultats; nous voulons seulement faire voir que ce n'est encore qu'une supposition à laquelle il est peut-être possible de substituer des réalités.

Personne ne s'est encore occupé, que nous sachions, du soin d'examiner la manière dont se forment les pseudo-membranes à la surface des membranes muqueuses. Tous les auteurs que nous avons consultés se bornent à dire que du mucus épais, ou une matière sébacée ou pultacée, sont sécrétés à la surface de ces membranes, s'y étendent en nappes et s'y concrètent. Nous nous sommes livrés à quelques recherches à cet égard, et voici ce que nous avons observé. En examinant attentivement le voile du palais et le palais lui-même, au début de l'inflammation, on remarque souvent que la membrane muqueuse y présente de larges plaques irrégulières, d'un rouge plus ou moins foncé sur les bords, et formées évidemment par un soulèvement de l'épithélium, au dessous duquel on aperçoit une sérosité un peu plus trouble sur les bords qu'au centre: nous ne saurions mieux comparer ces plaques qu'à des brûlures. Peu à peu la sérosité devient plus trouble et plus épaisse; bientôt l'épithélium se déchire, et la matière qu'il recouvrait, devenue de plus en plus consistante, s'étend en nappe, se concrète, etc. Sur la langue, les choses ne se passent pas ordinairement de la même manière: on n'y aperçoit pas les plaques dont nous venons de parler, c'est par petits points que l'épithélium est ordinairement soulevé; il en résulte autant de petites vésicules apercevables à la loupe,

qui se rompent, et la matière qui s'en échappe se comporte comme dans le cas précédent; si on l'enlève, on la voit se reproduire avec la plus grande promptitude. Dans quelques cas plus rares, nous avons vu la langue se recouvrir de grosses ampoules arrondies et isolées, les ampoules se crever, et laisser après elles des ulcérations superficielles, irrégulières, quoique les ampoules fussent parfaitement arrondies, et d'où s'échappait la matière pultacée, qui, en s'étalant sur l'organe, devait former la pseudo-membrane. Pour nous assurer si c'étaient bien des ulcérations qui succédaient aux ampoules, nous avons gratté la langue avec une cuiller, enlevé la matière pultacée, et manifestement vu de petits ulcères superficiels. Mais si on tarde à faire cet examen, ces érosions se cicatrisent avec une grande rapidité sous la couche qui les recouvre, et ne laissent aucune trace, de sorte qu'on pourrait croire qu'il n'en a pas existé. Sur les gencives et à l'intérieur des joues, c'est aussi par de petites vésicules que la scène commence; mais elles disparaissent si vite, en raison sans doute de la résistance moindre de l'épithélium dans ces parties, qu'il faut un examen attentif et répété pour les apercevoir. Enfin, sur les amygdales, il nous a toujours été impossible de voir commencer et de suivre le travail morbide.

Est-ce toujours et uniquement de ces trois manières, par vésicules, ampoules, ou soulèvement de l'épithélium par plaques, que commence la formation des fausses membranes des surfaces muqueuses? Nous sommes loin de le prétendre; nous rapportons seulement ce que nous avons observé. Il est d'ailleurs bien évident que, là où l'épithélium n'existe pas, dans l'estomac et les intestins, par exemple, les fausses membranes ne peuvent pas se développer ainsi. Toutefois, nous ferons remarquer qu'il est très-rare d'observer des pseudo-membranes sur ces parties; ce qui prouve au moins que l'ab-

sence de l'épithélium diminue les chances de leur production. Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu de traces d'organisation dans ces productions morbides; mais M. Guersent a vu deux fois la fausse membrane du croup communiquer avec la membrane muqueuse du larynx par de petits vaisseaux organisés (1).

On connaît mieux la manière dont se forment les pseudo-membranes à la surface des séreuses. La membrane enflammée se couvre ordinairement de granulations, qui se rapprochent, et se convertissent en une couche membraniforme, ou en brides celluleuses qui se portent d'un feuillet de la membrane à l'autre, et s'entrecroisent en tous sens. Il en résulte une toile celluleuse, dans laquelle se manifestent d'abord des points rouges, puis des stries, et enfin des vaisseaux sanguins. Nous avons vu plusieurs fois ces pseudo-membranes être frappées d'inflammation et suppurées: les auteurs rapportent des exemples de mélanoses, de matière tuberculeuse, développées dans leur tissu.

Les pseudo-membranes ne constituent jamais par elles mêmes un état morbide; elles n'ont d'autres symptômes par conséquent que ceux des inflammations, dont elles sont presque toujours les effets. Elles deviennent souvent le moyen de guérison de quelques maladies; c'est ainsi que celles des membranes séreuses établissent des adhérences entre leurs feuillets enflammés; c'est ainsi surtout qu'on en voit se former et s'organiser dans les excavations tuberculeuses, lesquelles, successivement cellulaires, séreuses, fibreuses et enfin cartilagineuses, servent de cicatrice aux parois de ces cavernes. Les membranes muqueuses et les séreuses sont de tous les tissus ceux où se développent plus fréquemment les pseudo-membranes; on en a rencontré quelquefois dans les veines et dans le cœur.

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tom. II, pag. 386.

Nous ne tracerons l'histoire d'aucune fausse membrane en particulier; effets de maladies, plutôt que maladies elles-mêmes, nous n'en avons entretenu nos lecteurs, que parce qu'elles forment la transition naturelle des productions morbides qui précèdent à celles qui suivent.

### ORDRE SIXIÈME.

#### KYSTES.

##### Des kystes en général.

Les kystes sont des poches membraneuses sans ouverture, qui se forment accidentellement dans nos parties, et servent d'enveloppe à des liquides ou à des solides venus du dehors, sécrétés par elles, ou épanchés avant leur formation. On les partage généralement en deux ordres, savoir: les kystes qui préexistent aux corps ou à la matière qu'ils contiennent, et ceux qui se développent autour des corps étrangers (1). Plusieurs auteurs les ont encore divisés, d'après la nature des matières qu'ils contiennent, en kystes séreux, synoviaux, mélicériques, stéatomateux, graisseux, athéromateux, pileux, etc.; mais cette classification repose sur une base ruineuse; car rien n'est variable comme la nature des matières contenues dans les kystes, et souvent dans le même aux diverses époques de son existence. Enfin d'autres auteurs les ont classés d'après la texture de leurs propres parois, et ont admis des kystes séreux, muqueux, dermoïdes, fibreux, cartilagineux, osseux. Cette division, basée sur l'état anatomique des parties, est par cela même beaucoup plus philosophique que la précédente, et devrait être consacrée, s'il était possible de reconnaître à l'avance la nature des parois d'un kyste; mais, dans le plus grand nombre des cas, cela n'est pas possible, et il est d'ailleurs loin d'être démontré qu'un même kyste ne puisse pas passer successivement par plusieurs de ces modes

(1) Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, tom. I<sup>er</sup>, pag. 202.

de texture; nous croyons même que cela arrive très-communément. On pourrait peut-être les partager en kystes absorbans et en kystes sécréteurs. Mais nous nous en tiendrons à la division adoptée dans l'ouvrage de M. le professeur Cruveilhier, que nous avons fait connaître la première.

Les kystes de la première espèce se forment autour de tous les corps étrangers qui, situés au sein de nos parties, peuvent y séjourner sans les enflammer. La présence de ces corps n'a d'autre effet que d'entretenir une irritation faible, tout-à-fait circonscrite dans le lieu qu'ils occupent, et dont le résultat est l'organisation d'une poche adhérente aux parties voisines par sa face externe, libre au contraire et lisse à sa face interne. Si le corps étranger est solide et non susceptible d'être dissous et absorbé, comme une balle de plomb, par exemple, le kyste l'enveloppe, l'isole, le fixe inamoviblement, et prévient ainsi les effets que son contact ou son déplacement pourraient à la longue produire sur les tissus. Si le corps étranger présente au contraire des qualités opposées, le kyste, aussitôt qu'il est formé, sécrète un liquide qui ne tarde pas à dissoudre graduellement ce corps; et lorsque cette dissolution est achevée, et quelquefois à mesure qu'elle s'opère, l'absorption enlève toute la matière, les parois du kyste se rapprochent, se touchent, se confondent, et tantôt le sac persiste, tantôt il n'en reste plus de vestiges.

Les kystes de la seconde espèce préexistent toujours à la matière qu'ils contiennent; mais ce ne sont pas toujours des productions nouvelles, comme le pensait Bichat: tantôt c'est un follicule sébacé considérablement développé qui les constitue; d'autres fois ils consistent tout simplement dans le développement des vésicules déjà existantes, ainsi qu'il a paru à M. Cruveilhier pour un grand nombre de kystes des ovaires (1); enfin nous avons déjà vu, en traitant des lipômes, qu'ils étaient

(1) *Ouvrage cité*, tom. I, pag. 327.