

BIBLIOGRAPHIE. — Hutchinson, *On the treat. of erysipelas by incision*, in *Med.-chir. transact.*, vol. V, p. 278, London, 1814. — Colles, *Fatal consequences resulting fr. slight wounds, etc.*, in *Dublin hosp. rep.*, vol. III, p. 200, et vol. IV, p. 241, 1827. — A. Duncan, *Case of diffuse infl. of the cellular texture, etc.*, in *Transact. of the Med. a. surg. Society of Edinburgh*, 1824, vol. I, p. 470. — Ch. Fournier, *Dissert. sur le phlegmon diffus*, thèse de Paris, 1827, n° 131. — Dobson, *On the tr. of erysipelas, etc.*, in *Medico-chirurg. transact.*, vol. XIV, p. 206, 1828. — W. Lawrence, *Obs. on the nat. and treat. of erysipelas, etc.*, in *Ibid.*, vol. XIV, p. 1, 1828. — Maclachlan, *Report of consecutive cases of traum. erysipelas, etc.*, in *Edinb. med. and surg. journ.*, vol. XLVIII, p. 352, 1837. — Dupuytren, *Du phlegmon diffus, etc.*, in *Leçons orales de cl. chirurgicale*, t. IV, p. 430, 3^e éd., 1839. — Godin, *Mém. sur le phlegmon diffus*, in *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. XV, p. 397, 1837. — Murat et Bérard, *Phlegmon diffus*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXIV, p. 267, 1841 (Bibliogr.). — Hacque, *Du phlegmon diffus*, th. de Paris, 1854, n° 155. — Chassaing, *Mém. sur l'empl. du drainage dans le tr. du phlegmon diffus*, in *Gazette méd.*, p. 255, 1856, et *Traité de la suppuration, etc.*, t. I, p. 233, 1859. — J.-G. Meder, *De l'emploi du vésicat. dans le trait. du phlegmon diffus*, th. de Strasbourg, 1856, n° 378. — A. Isnard, *Ét. sur le phlegmon diffus*, th. de Paris, 1870, n° 84. — Cadiat, *Note sur l'érysipèle phlegmoneux*, in *Journ. de Van. et de la phys.* de Robin, 1874, p. 410. — Lordereau, *De la suppuration dans l'érysipèle*, thèse de Paris, 1873, et *Arch. gén. de méd.*, vol. I, p. 276, 1874.

ARTICLE III. — TUMÉFACTIONS ET TUMEURS.

§ 1^{er}. — Œdème.

On désigne sous le nom d'œdème l'infiltration des mailles du tissu cellulaire par un liquide séro-albumineux.

Division. — Suivant son siège, son étendue, sa cause, l'œdème a été divisé en un grand nombre de variétés, ce qui tient à ce qu'en fait l'œdème est plutôt une lésion symptomatique qu'essentielle.

L'œdème peut donc être local ou général, et dans ce dernier cas il prend le nom d'*Anasarque* (1); il peut être sous-cutané, sous-muqueux, sous-séreux, etc. (*Comp. de chirurgie*); enfin on a admis l'existence d'œdèmes *actifs* ou *passifs*, les premiers se caractérisant surtout par l'exhalation d'un liquide contenant de la fibrine et se rapprochant beaucoup du liquide qu'on rencontre dans le phlegmon au début.

Étiologie et Pathogénie. — Nous ne pouvons exposer ici tout ce qui

(1) Voyez A. Tardieu, *Manuel de pathol. et de clinique médicales*, 4^e édition, 1873, p. 382 et suiv.

se rapporte à la pathogénie de l'œdème, c'est là une question de pathologie générale des plus complexes; nous n'insisterons donc que sur les causes productrices qui rentrent dans le domaine de la pathologie externe.

Parmi les causes les plus fréquentes de l'œdème, on doit citer en première ligne les maladies des veines, et plus spécialement celles qui déterminent leur oblitération et un obstacle mécanique à la circulation (Lower, Bouillaud, etc.). La ligature, la compression des veines, les varices, leur obstruction par un caillot primitif (*thrombose*) ou consécutif à l'inflammation de leur paroi (*phlébite*), telles sont les lésions qui entraînent le plus souvent à leur suite l'infiltration séro-albumineuse du tissu cellulaire. Parfois même cette infiltration devient fibrino-albumineuse, il y a un véritable œdème inflammatoire; tel est le cas de la *phlegmatia alba dolens* des femmes en couches ou des sujets cachectiques (tuberculeux, cancéreux, etc.) (Trousseau).

Les affections des vaisseaux et des ganglions lymphatiques peuvent aussi donner naissance à de l'œdème, mais souvent il s'agit d'œdème inflammatoire avec altération du côté de l'enveloppe cutanée (Tiechmann, Rindfleisch, Virchow). En un mot, il se développe des lésions qui, cliniquement, diffèrent de l'œdème véritable. Pour J. Renaut, au contraire, les lésions des lymphatiques et de la peau résulteraient de l'œdème lui-même, comme nous le verrons à l'anatomie pathologique.

Quelques lésions des artères et des capillaires, et surtout l'inflammation qui se développe dans un tissu vasculaire, donnent naissance à l'œdème dit inflammatoire, résultat probable d'une augmentation de tension dans les vaisseaux avec exomose d'un liquide non pas séro-albumineux, mais fibrino-albumineux.

Enfin une dernière cause d'œdème a été plus spécialement signalée dans ces derniers temps, c'est lorsqu'il existe une altération du système nerveux, altération déterminant de la paralysie ou bien au contraire des phénomènes d'irritation. Dans ces cas, on explique l'œdème par la production d'une tension vasculaire exagérée, sous l'influence d'une lésion des vaso-moteurs (Ranvier).

Nous n'avons rien dit de l'œdème généralisé, des épanchements séreux qui naissent sous l'influence des affections cardiaques, pulmonaires, des lésions du foie, de la rate, des reins, etc.; il s'agit là de maladies qui sont du domaine de la pathologie externe (1).

Quant aux infiltrations séreuses qui résultent d'altérations du sang

(1) Voyez Tardieu, *loc. cit.*, p. 382.

(anémie, hydro-hémie, hypo-albuminose, etc.), elles méritent d'attirer l'attention des chirurgiens, surtout depuis les recherches du professeur Verneuil à propos de l'influence des altérations générales des liquides de l'organisme sur la marche des maladies chirurgicales.

Anatomie pathologique. — Les faisceaux conjonctifs du tissu cellulaire sont dissociés, écartés, il en résulte la production de sortes de mailles contenant de la sérosité albumineuse. A la coupe, on aperçoit une masse gélatineuse, transparente, contenant des tractus cellulux, des îlots de cellules adipeuses et des traînées vasculaires fortement colorées.

Les cellules du tissu conjonctif renferment des granulations colorées, et sont même pigmentées lorsque l'œdème est ancien. Les cellules adipeuses subissent la transformation granulo-graisseuse de leur protoplasma; la graisse même peut se résorber dans les œdèmes cachectiques. Enfin les vaisseaux sont rouges et véritablement injectés de globules rouges et de globules blancs. Ranvier, auquel nous empruntons tout ce qui précède, insiste sur ce dernier fait, qui plaide en faveur de la théorie de l'œdème par augmentation de tension intravasculaire.

Quant au liquide qui s'écoule d'une coupe faite dans un tissu œdématisé, il est transparent, albumineux, ne se coagule pas à l'air et ne contient pas de substance fibrinogène, tant qu'il ne s'agit pas d'œdème inflammatoire. Dans tous les cas, il contient des globules blancs en assez grande quantité.

Lorsque l'œdème du tissu cellulaire existe depuis un certain temps, il peut atteindre la peau et y déterminer des lésions fort intéressantes, étudiées par Teichmann, Young et surtout Renaut. La peau s'épaissit; ses vaisseaux, gorgés de sang, sont environnés de globules blancs, ceux-ci existent aussi dans le derme et y sont disposés en amas isolés ou en îlots. Les capillaires lymphatiques sont très-dilatés et apparaissent sur des coupes comme des espaces étoilés; enfin la sérosité qui distend les aréoles du derme est abondante (Renaut).

Lorsque ces lésions, qui se rapprochent singulièrement de celles de l'érysipèle, persistent, le derme et le tissu cellulaire adipeux s'épaississent beaucoup, la peau s'enflamme chroniquement, il apparaît du tissu embryonnaire par îlots, de plus le liquide des mailles celluluses se rapproche des exsudats inflammatoires, en ce sens qu'il s'y forme un réticulum fibrineux emprisonnant des éléments embryonnaires (Renaut). Enfin, la dilatation des lymphatiques peut atteindre les troncs et les vaisseaux afférents des glandes voisines, qui, irritées, subissent une transformation fibreuse (Renaut).

A cette période, l'œdème cutané donne souvent naissance à des hypertrophies *éléphantiasiques* (1) de la peau, avec ou sans dilatation des vaisseaux lymphatiques (voyez *Varices lymphatiques*).

Symptômes. — Les téguments soulevés par l'œdème sont tendus, pâles, d'un blanc mat; si on vient à presser les parties œdématisées avec les doigts, elles donnent la sensation d'une mollesse pâteuse, et la pression qu'on y exerce laisse des traces caractéristiques qui persistent plus ou moins longtemps.

Dans certains cas, la tension des téguments est telle, que l'œdème est dur et résistant; ce fait s'observe surtout dans les régions où le tissu cellulaire est assez serré, ou bien encore lors d'œdème inflammatoire. Le plus souvent, l'*œdème dur* résulte de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et du derme, ce qu'on reconnaît en pinçant les téguments seuls, dans lesquels reste l'empreinte des doigts. La peau est molle, épaisse sur certains points, elle présente des taches blanches isolées ou formant des réseaux, c'est en ces points que l'épiderme peut s'érailler, se rupturer et laisser écouler au dehors la sérosité subjacente (Renaut).

Les parties œdématisées sont d'ordinaire froides, excepté toutefois lorsqu'il y a tendance à l'inflammation du tissu cellulaire; dans ce cas, la couleur des téguments est légèrement rosée, et les phénomènes locaux sont en quelque sorte intermédiaires entre ceux qui caractérisent l'œdème vrai et ceux du phlegmon (*Œdème inflammatoire, aigu, actif*, etc.)

L'étendue de l'œdème, sa localisation ou sa généralisation, son siège, tout dépend de sa cause; il en est de même de sa marche et de ses terminaisons.

Souvent, avons-nous dit, la peau distendue s'éraille, l'épiderme se fissure, et le liquide épanché dans le tissu cellulaire s'écoule à l'extérieur. Dans d'autres circonstances, ces fissures cutanées s'enflamment, il en résulte des érythèmes, des érysipèles; parfois le derme s'ulcère, se sphacèle, d'où la possibilité d'accidents graves compromettant la vie des malades.

Ajoutons cependant que parmi les terminaisons de l'œdème, et plus spécialement de l'œdème cutané, il faudrait ranger les hypertrophies *éléphantiasiques* de la peau, avec ou sans varices lymphatiques; ces lésions ont reçu les noms divers d'*Elephantiasis levis seu glabra* (Virchow), d'*Elephantiasis papillaris seu verrucosa* (Virchow), de *Pachydermie œdémateuse télangiectasique* (Renaut).

(1) Voir plus loin l'*Éléphantiasis*

Diagnostic. — Le diagnostic de l'œdème est facile : la pâleur des téguments, la mollesse des parties tuméfiées, la possibilité d'y imprimer le doigt par le toucher, l'absence de phénomènes inflammatoires, font reconnaître l'œdème passif ou chronique. Lorsque les téguments sont un peu rosés, que la tension des parties est plus dure, qu'il y a de la douleur, il est plus difficile de séparer nettement l'œdème inflammatoire ou mieux actif, aigu, du phlegmon franc, et souvent ce n'est que l'étude attentive de la marche de la maladie qui permet d'affirmer un diagnostic.

Reste en outre à déterminer la cause même de l'œdème, par conséquent à examiner avec soin l'état général et l'état local au point de vue de la circulation et des fonctions nerveuses. Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce point; rappelons cependant l'importance de l'examen des urines.

Pronostic. — Variable avec l'étendue, le siège et surtout la cause de l'œdème. Il devient très-grave lors de complications érysipélateuses, ce qui tient probablement au développement considérable des vaisseaux lymphatiques (U. Trélat, Renaut).

Traitement. — Il faut : 1° combattre autant que possible la lésion dont l'œdème n'est qu'un symptôme; 2° favoriser la résorption ou l'évacuation du liquide épanché. A cet effet, on a utilisé avec succès : la position élevée, la compression méthodique des parties, les frictions stimulantes ou les lotions astringentes; les douches, les bains excitants. Toutefois on doit prendre garde de ne pas trop irriter les téguments, qui s'enflamment si facilement : aussi l'emploi des piqures, des mouchetures, pour dégager les tissus, ne peut-il être utilisé qu'en prenant de grandes précautions et à la condition de ne pas trop multiplier le nombre de ces petites plaies.

BIBLIOGRAPHIE. — Merat, *Œdème*, in *Dict.* en 60 vol., t. XXXVII, p. 132, 1819 (Bibliographie). — Bouillaud, *De l'oblitér. des veines, etc.*, in *Arch. génér. de méd.*, 1823, t. II, p. 188, et *ibid.*, 1824, t. V, p. 94. — Raige-Delorme, *Œdème*, in *Dict.* en 30 vol., t. XXI, p. 276, 1840. — A. Hernandez, *Ét. sur l'ascite, l'anasarque et l'œdème*, th. de Paris, 1847, n° 146. — W.-R. Withehead, *De l'œdème et de ses variétés*, *ibid.*, 1860, n° 157. — J. Pradié, *Physiol. path. de l'œdème*, *ibid.*, 1862, n° 202. — L. Ranvier, *Recherches expériment. sur la product. de l'œdème*, in *Comptes r. de l'Ac. des sciences*, 1869, p. 1326, et *Manuel d'histologie patholog.*, 2^e partie, p. 442, 1873. — A. Willigens, *Quelques considér. sur l'œdème*, thèse de Paris, 1872, n° 33. — F.-R. Rathery, *De la pathogénie de l'œdème*, thèse d'agrég. en médecine, Paris, 1872. — Th. Chossat, *Des conditions pathogéniques des œdèmes*, thèse de Paris, 1874, n° 339. — J. Renaut, *Contrib. à l'étude anat. et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau*, *ibid.*, 1874, n° 154.

§ 2. — Emphysème

On désigne sous ce nom tout épanchement de gaz dans le tissu cellulaire.

Cet épanchement peut être spontané, ou bien résulter d'un traumatisme (*Emphysème spontané* et *Emphysème traumatique*). Ajoutons que cette distinction n'est pas toujours facile à établir, et que des gaz peuvent naître spontanément dans le tissu cellulaire à la suite d'un traumatisme violent.

Pathogénie et Etiologie. — L'emphysème peut se produire dans trois circonstances : 1° les gaz qui infiltrent le tissu cellulaire viennent du dehors; 2° ils proviennent d'une cavité viscérale contenant normalement des gaz, cavité qui a été ouverte soit spontanément, soit par un traumatisme; 3° enfin ils se développent d'emblée dans le tissu cellulaire (*Emphysème faux* de Jacquemet).

1° Dans le premier cas, l'air doit pénétrer avec une certaine force par une solution de continuité, et de plus il doit trouver un certain obstacle à sa sortie. Telle est la pratique des bouchers lorsqu'ils insufflent les animaux tués; telle est encore celle des mendiants (F. de Hilden) et des condamnés (Murat) qui cherchent à simuler une affection grave.

Étant donné une plaie étroite ou à trajet oblique, faite dans une région abondamment fournie de tissu cellulaire lâche, les contractions des muscles pourront déterminer une sorte d'aspiration de l'air extérieur et par cela même de l'emphysème (Goffres). Telle serait l'origine de certains emphysèmes qui apparaissent à la suite des fractures, des luxations avec plaie (Velpeau, Morel-Lavallée).

Ajoutons que dans bien des cas ce mécanisme est difficile à admettre et que souvent l'emphysème observé devait être spontané.

Dans les plaies de poitrine n'intéressant que le feuillet externe de la plèvre, ce qui n'a guère lieu qu'expérimentalement, le poumon se rétracte, l'air pénètre dans la cavité pleurale et peut être chassé dans le tissu cellulaire des parois thoraciques, lors des efforts d'expiration (voyez les *Plaies de poitrine*).

2° Une autre cause, avons-nous dit, donne encore lieu à l'emphysème, c'est lorsque l'air ou les gaz contenus normalement dans les viscères trouvent issue dans le tissu cellulaire. Les plaies de l'arbre respiratoire, (fosses nasales, sinus, larynx, trachée, poumons) don-

tout
soie
L
tabl
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'at
infla
infla
d'at
ma
S
ass
par
ren
fec

fla
pré
cor
de
mé
su
su
co
so
sp
ve
si
ru

nent souvent lieu à de l'emphysème. Nous reviendrons plus loin sur cette question et sur les théories qui ont été émises à propos de l'emphysème qui peut succéder aux *plaies de poitrine*.

Les lésions traumatiques de l'intestin peuvent aussi déterminer une infiltration de gaz dans le tissu cellulaire (*Comp. de chirurgie*).

Parfois encore de véritables perforations spontanées des voies respiratoires ou de leurs annexes (sinus), donnent aussi naissance à de l'emphysème (voyez le *Pneumatocèle du crâne*).

3^o Il reste enfin l'emphysème spontané, dont la pathogénie paraît encore très-obscur. Cet emphysème succéderait à un traumatisme violent, et résulterait de la décomposition immédiate du sang épanché (Malgaigne); le plus souvent, en effet, il indique une gangrène imminente (voyez *Gangrène traumatique*).

Quelques auteurs ont cru devoir attribuer cette infiltration spontanée à une perturbation nerveuse, ce qui n'explique pas grand-chose (Bosia, Dolbeau). Ajoutons que dans un certain nombre de cas, le gaz ainsi épanché spontanément était de l'hydrogène carboné (Malgaigne, Gubler).

Symptomatologie. — L'emphysème peut s'observer dans toutes les parties de l'économie, excepté toutefois au cuir chevelu, à la paume des mains et à la plante des pieds. Il peut être localisé ou généralisé.

Lors d'emphysème *localisé* ou *circonscrit*, le tissu cellulaire distendu par les gaz forme une tumeur molle, indolente, sonore à la percussion, transparente à la lumière, qui se réduit par la pression, où plutôt s'étend dans les parties voisines en donnant une sensation toute spéciale de crépitation gazeuse dite *crépitation emphysématique*. La peau qui recouvre la tumeur est pâle, quelquefois ecchymosée (*Comp. de chirurgie*).

Lorsque l'emphysème est *généralisé*, le corps entier est infiltré de gaz et déformé, les dépressions normales n'existent plus, et il apparaît des complications graves dues à la gêne des fonctions essentielles à l'existence. Les mouvements sont impossibles, les yeux sont fermés, la bouche, les fosses nasales tendent à s'obstruer, d'où la gêne de la respiration, qui peut déterminer la mort par asphyxie.

Notons toutefois que même dans le cas d'emphysème généralisé (*Emphysème monstre* de Malgaigne), la mort est rarement le résultat de l'infiltration de l'air dans les tissus, mais qu'elle tient bien plus à la gravité des lésions qui ont provoqué l'emphysème.

En général donc la terminaison est favorable, et peu à peu les gaz épanchés se résorbent. Lorsque c'est l'air atmosphérique qui s'est

ainsi infiltré dans le tissu cellulaire, l'oxygène disparaît tout d'abord (*Comp. de chirurgie*), il y a exhalation d'acide carbonique provenant des tissus, et ce mélange d'air et de gaz acide carbonique finit par se résorber assez vite (Leconte et Demarquay).

Toutefois, quand l'emphysème est spontané et résulte d'un violent traumatisme, les gaz ne tendent pas à se résorber, car souvent, avon-nous déjà dit, l'emphysème n'est que le prodrome de la gangrène. Dans ces circonstances les symptômes qui résultent du choc traumatique sont des plus accentués (voyez p. 42).

Diagnostic. — Il comprend la résolution de deux questions principales : 1^o déterminer qu'on a bien affaire à une infiltration de gaz dans les tissus; 2^o reconnaître la cause productrice de cette infiltration.

Les signes caractéristiques de l'emphysème sont : la sonorité des parties tuméfiées lorsqu'on les percute, et la crépitation toute spéciale qu'on fait naître en les comprimant. Cette crépitation se distingue de la crépitation sanguine ou osseuse, en ce qu'on la fait réapparaître avec une extrême facilité en comprimant les tissus et en faisant en quelque sorte circuler les gaz dans les mailles formées par le tissu cellulaire.

La crépitation tendineuse, ne se produisant que pendant l'accomplissement de certains mouvements, est facile à distinguer de celle de l'emphysème.

Quant au diagnostic de la cause, il résulte des commémoratifs, de l'examen du malade, du siège de l'emphysème, etc.

Pronostic. — Bénin le plus souvent, il s'aggrave dans les emphysèmes généralisés et devient très-sérieux dans l'emphysème spontané.

Traitement. — Il y a deux buts à atteindre :

1^o Faire disparaître la cause de l'emphysème, et pour cela il suffit d'empêcher certains mouvements, d'augmenter l'ouverture d'une plaie, d'éviter son occlusion par des sutures, etc.;

2^o Favoriser la disparition des gaz épanchés par des frictions, par une compression méthodique, voire même par des mouchetures, des incisions, des ponctions multiples.

Lorsque l'emphysème apparaît à la suite d'un traumatisme violent, il indique un état général grave et l'imminence de phénomènes redoutables, en particulier de la gangrène; aussi certains auteurs conseillent-ils l'amputation immédiate et rapide des membres ainsi atteints;

nous croyons toutefois qu'avant d'intervenir il faut se préoccuper de l'état général du blessé et mettre tout en œuvre pour le relever (excitants alcooliques, toniques, chaleur, etc.).

BIBLIOGRAPHIE. — Breschet, *Emphysème*, in *Dict.* en 60 vol. t. XII, p. 4, 1815. — Menière, *Sur q. q. cas rares d'emphysème, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. XIX, p. 341, 1829. — J.-L. Bégin, *Emphysème traum.*, in *Dict.* en 15 vol., t. VII, p. 113, 1831. — Murat, *Emp. traum.*, in *Dict.* en 30 vol., t. XI, p. 329, 1835. — F.-T. Boureau, *De l'emphysème primit. ou spontané, etc.*, th. de Paris, 1856, n° 18. — Nélaton, *Leçon clinique*, in *Gaz. des hôp.*, 1857, p. 266. — Malgaigne, *Du trait. des grands emphysèmes traum.*, in *Bull. de thérap.*, 1842, t. XXII, p. 352, et *Traité d'anat. chirurg.*, etc., 1859, t. II, p. 211 et suiv. — Ch. Leconte et J. Demarquay, *Ét. chimiq. sur l'act. phys. et path. des gaz, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. XIV, p. 424 et 545, 1859. — F. Dolbeau, *De l'emphysème traumatique*, thèse d'agrég. en chir., Paris, 1860. — Morel-Lavallée, *De l'emp. traum.*, etc., in *Gaz. médicale*, 1863, p. 470, 502, 519, 566 et 583. — J. Demarquay, *Essai de pneumatologie médicale*, p. 212 et suiv., Paris, 1866. — O. Weber, *Emphysem der Zellgewebes*, in *Handb. d. allg. u. speciell. Chir.* v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. 2, L. 1, s. 59, Erlangen, 1865 (Bibliogr.). — P. Jacquemet, *Emphysème traumatique*, in *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 723, 1870 (Bibliogr.).

§ 3. — Des tubercules sous-cutanés douloureux.

Ces tumeurs ont été encore désignées sous les noms de *Tumeurs irritables*, de *Ganglions*, de *Fibrômes sous-cutanés douloureux* (Follin); ces diverses dénominations résultent d'un fait qui les caractérise toutes, c'est la prédominance de l'élément douleur sur les autres signes qu'elles présentent.

Pour Follin, Broca, Virchow, etc., des tumeurs de nature très-variables peuvent, soit dès leur apparition, soit un peu plus tard, présenter ces symptômes douloureux excessifs, signalés depuis Cheselden, Camper, A. Petit et surtout Wood (1812). Plus rarement enfin, ces tumeurs ont été regardées comme de véritables névrômes; c'est pour éviter cette confusion que Virchow leur a donné le nom de *Névromatie douloureuse*.

Anatomie pathologique. — Ordinairement solitaires, les tubercules sous-cutanés douloureux sont parfois multiples (Vallender); ils siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané et plus souvent dans les régions où la peau est en rapport direct avec les os et les articulations. On les rencontre en particulier à la jambe, à la face (Dupuytren), aux doigts (Syme), au dos (Cabaret), à la mamelle, au scrotum (Marjolin).

Leur volume est ordinairement peu considérable, il peut atteindre

celui d'une noisette; leur forme est arrondie; leur surface est lisse, nacré; leur consistance est assez grande, élastique.

Lorsqu'on vient à les sectionner, ces tumeurs paraissent ordinairement formées d'un tissu blanc jaunâtre, stratifié ou disposé en couches concentriques, en un mot, elles offrent l'aspect et la texture des fibrômes, comme l'a dit Follin. On a aussi comparé cette texture à celle des corpuscules de Pacini (Axmann).

Mais, il faut le dire, la structure de ces productions est assez variable, et si le plus grand nombre d'entre elles présente les caractères des tumeurs fibreuses, d'autres sont des tumeurs caverneuses (Schuh, Trélat, etc.), des myômes (Billroth), des lipômes (Broca), des sarcomes (Paget, Verneuil), enfin des névrômes vrais (L. Labbé et Legros). On conçoit que dans ce dernier cas les connexions de la tumeur avec les nerfs voisins soient parfaitement démontrées, mais il est loin d'en être toujours ainsi, et dans un assez grand nombre de cas il a été impossible de trouver le moindre élément nerveux dans la production morbide; aussi beaucoup d'auteurs nient-ils encore toute connexion entre les nerfs et les tubercules sous-cutanés douloureux (Dupuytren, Paget, Fock, Follin).

Notons, en terminant, que la plupart de ces tubercules sont enveloppés d'une membrane fibro-celluleuse constante, constituant une sorte de kyste (Dupuytren), qui les isole plus ou moins complètement des parties voisines.

Étiologie. — Ces tumeurs se rencontrent le plus souvent à l'âge adulte, de trente à cinquante ans (Follin); elles sont bien plus fréquentes chez les femmes (Dupuytren, Paget), et chez ces dernières, elles apparaissent parfois à l'époque de la ménopause (Follin), ou bien les symptômes douloureux se manifestent surtout pendant les règles, lors de la grossesse (Bisset, Pearson). En somme, comme le fait remarquer le professeur Broca, ces tumeurs s'observent chez les sujets nerveux; « c'est le malade qui est irritable et non la tumeur » (Broca).

Quant à l'origine de ces tumeurs, elle est mal connue; les malades les rapportent souvent à des contusions (Cabaret), à des piqûres (Wilmot). Peut-être la tumeur existait-elle déjà, et le traumatisme n'a-t-il fait que développer l'élément douleur (Follin).

Symptômes. — Nous avons déjà dit que le caractère distinctif de cette affection est la douleur; celle-ci même pourrait se montrer avant toute apparition de tumeur sous-cutanée; parfois la douleur et la tumeur évoluent ensemble; enfin, dans bien des cas, la tumeur, primi-

tivement développée, devient douloureuse à un moment donné, soit spontanément, soit après un traumatisme.

La douleur n'est pas constante, elle se manifeste d'abord par des élancements passagers, puis par des crises quelquefois tellement violentes, qu'elles déterminent des convulsions épileptiformes (Portal), des syncopes. Ces accès résultent le plus souvent d'un choc, d'un frottement léger exercé sur la tumeur, parfois d'un simple mouvement; pendant l'accès les douleurs semblent rayonner de la petite tumeur vers la périphérie, comme dans les névralgies; on a signalé aussi leur irradiation vers le tronc (Dupuytren).

Le plus souvent la petite tumeur ne présente aucune modification pendant les crises de douleur; cependant on a noté son augmentation de volume, la rougeur de la peau qui la recouvre, parfois une densité plus grande et plus de pâleur (Bouchage). Quelques auteurs ont remarqué qu'une forte pression exercée au niveau de la production morbide ne déterminait pas de paroxysme douloureux comme le ferait un simple frôlement. Ajoutons que ces paroxysmes ou accès peuvent durer quelques minutes ou plusieurs heures (Broca): d'où la possibilité d'une altération de la santé générale.

Le plus souvent ces tumeurs n'augmentent que peu à peu de volume; toutefois, il faut se rappeler que des carcinômes (squirrhes pour Dupuytren) peuvent être aussi douloureux et donner lieu à des masses assez volumineuses qui s'ulcèrent ultérieurement (Dupuytren).

Dans quelques cas, les douleurs peuvent diminuer et même disparaître avec la tumeur (Béclard), mais le fait est très-exceptionnel; aussi les malades finissent-ils presque toujours par réclamer une intervention chirurgicale qui les débarrasse de leurs souffrances.

Diagnostic. — Au début, on peut supposer l'existence d'une névralgie rhumatismale ou autre; l'exploration attentive de la région peut seule faire reconnaître l'existence d'une tumeur irritable.

Le plus souvent on confond les tubercules sous-cutanés douloureux avec les tumeurs des nerfs (névrômes de beaucoup de cliniciens), et en fait, il peut être très-difficile de les distinguer complètement, puisqu'il est aujourd'hui prouvé que certaines de ces tumeurs sont de véritables névrômes. Toutefois, l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs sur le trajet connu d'un nerf, doit faire penser à une tumeur des nerfs, exceptionnellement à un névrôme vrai (voyez les *Névrômes*, p. 323).

Quant à la nature même de la tumeur douloureuse, elle est le plus souvent impossible à déterminer, sauf les cas où la tumeur s'accroît et s'ulcère.

Pronostic. — Variable selon la texture anatomique de la production morbide, on conçoit qu'une tumeur carcinomateuse présente une gravité beaucoup plus grande qu'un angiôme ou un myôme douloureux. Dans tous les cas, les douleurs vives que ressentent les malades influent sur leur nutrition et tendent à les affaiblir.

Traitement. — On a pu utiliser les préparations narcotiques et antispasmodiques pour calmer les douleurs; celles-ci ont fini même par céder dans un cas cité par Follin. On a aussi conseillé de protéger la production douloureuse à l'aide de plaques résistantes fenêtrées (*Comp. de chirurgie*). Mais le traitement curatif est la *cautérisation*, aujourd'hui abandonnée, et l'*extirpation*.

Bouchacourt incise d'un même coup la peau et la tumeur, puis extirpe les deux moitiés de celle-ci.

Faut-il opérer les tumeurs ulcérées? Dupuytren se prononce pour la négative; nous croyons toutefois que l'intervention chirurgicale est encore indiquée ici, lorsqu'il n'y a pas de ganglions malades ou bien lorsque le sujet n'offre aucun signe de généralisation d'une tumeur maligne.

BIBLIOGRAPHIE. — Camper, *Demonstrationum anat. pathol.*, lib. I, p. 11, Amstelod., 1760. — M.-A. Petit, *Discours sur la douleur, etc.*, Lyon, 1799. — W. Wood, *On painful subcutaneous tubercle*, in *Edinburgh medical and surg. journ.*, t. VIII, p. 283 et 429, 1812. — Dupuytren, *D'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, etc.*, in *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 414, 2^e édit., 1839. — Wilmot, *Observation de petites tumeurs douloureuses développées sous la peau*, in *Gaz. méd.*, 1839, p. 426. — Paget, *Painful subcutaneous tumours*, in *Lectures on tumours*, p. 120, Lond., 1853. — Fock, *Zur Diagnose der schmerzhaften Geschwülste*, in *Deutsche Klinik*, n^o 1, s. 10, 1855. — Vallender, *De tum. fibrosis circumscriptis in tela cellulosa subcutanea*, diss. inaug., 1858, Berol. — P. Broca, *Des tumeurs irritables sous-cutanées*, in *Traité des tumeurs*, t. II, 1^{re} partie, p. 473, 1869. — L. Labbé et Ch. Legros, *Étude anat. path. de trois cas de névrômes*, in *Journ. de l'anat. de Ch. Robin*, 7^e année, p. 71, 1870-71. — Virchow, *Tub. douloureux*, in *Pathol. des tumeurs* (trad. franç.), t. III, p. 429-435, 1871. — Bouchage, Rochard, *Thèses de doctorat*, Paris, 1874, n^{os} 74 et 77. — Consulter en outre les classiques: *Comp. de chirurgie*, Nélaton, Follin, etc.

§ 4. — Filaire de Médine ou Dragonneau.

Le dragonneau, ver de Médine, ver de Guinée ou filaire de Médine, est un helminthe (1) qui se rencontre dans le tissu cellulaire des

(1) Bocquillon, *Manuel d'histoire naturelle médicale*, 1866, 1^{re} partie, p. 60

régions superficielles du corps, et surtout dans celui des extrémités (Follin).

Étiologie. — Cette affection s'observe en Asie, dans l'Arabie Pétrée et en Afrique, au Sénégal, au Congo, sur les côtes d'Angola; on l'a aussi rencontrée dans l'Amérique du Sud, toutefois elle y paraît apportée par les esclaves venant d'Afrique. En Europe et dans l'Amérique du Nord, on ne l'observe que sur des sujets venant des pays intertropicaux signalés ci-dessus (Follin).

Les sujets jeunes comme les sujets âgés, les femmes comme les hommes, présentent des filaires dans le tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois, il y en a plusieurs sur un même individu. Quant au siège, il est variable, et par ordre de fréquence on peut citer les pieds, les jambes, les cuisses, le scrotum, les mains (M. Grégor); on l'observe plus rarement dans l'orbite, au nez, à la langue, à la mamelle, à l'aîne, etc.

Il est généralement admis aujourd'hui que les larves de filaires restent un certain temps dans les terrains secs, qu'elles arrivent à un état plus parfait sous l'influence de la pluie et de la chaleur, et qu'alors elles pénètrent dans les tissus à travers le tégument externe, en s'introduisant peut-être par le canal d'une glande sudoripare, ou bien dans la gaine des poils (Follin).

Symptômes. — La filaire introduite dans nos tissus peut y séjourner assez longtemps (jusqu'à trois ans) sans déterminer de phénomènes morbides. Lorsque l'animal est situé superficiellement, on peut le reconnaître en explorant avec les doigts: il semble qu'il existe sous les téguments une petite corde sinueuse, roulée en spirale; parfois on ne peut sentir qu'une ou les deux extrémités du ver, le corps étant plus profondément situé.

Au bout d'un temps variable, la région où siège le parasite se tuméfie et devient le siège d'un prurit assez fort ou d'une douleur vive. Il survient un abcès, accompagné de fièvre, et consécutivement la filaire peut être éliminée spontanément avec le pus qui s'écoule à l'extérieur. D'autres fois, cette élimination n'a lieu que lors de l'apparition d'autres phénomènes inflammatoires suivis de la formation d'un deuxième ou d'un troisième abcès. Enfin il peut arriver que, l'élimination ne se faisant pas, des accidents locaux et généraux graves se développent et que les malades succombent (Guénot, Clot bey, Hemmersan, etc.).

On ne paraît pas encore très-bien fixé sur la nature et surtout sur la cause exacte de ces accidents graves, niés par certains auteurs

(Cezilly), et expliqués par d'autres comme résultant de la rupture du ver et de la dissémination des embryons qu'il contient, dans le pus et les tissus voisins (Benoit, Davaine).

Diagnostic. — Il est facile si l'on tient compte des commémoratifs; toutefois, on peut confondre la lésion produite par le dragonneau avec un phlegmon, un abcès, un furoncle, un bubon (dans l'aîne), une gomme (à la langue), etc. L'expulsion du ver dissiperait seule cette erreur (Follin).

Pronostic. — Ordinairement bénin, nous avons déjà dit que parfois la présence d'une ou de plusieurs filaires pouvait déterminer des accidents graves et même mortels.

Traitement. — Le traitement préventif consiste à s'abriter les extrémités inférieures par des chaussures convenables, à éviter les bains locaux ou généraux dans des eaux suspectes. L'assa fetida, l'aloès, l'ail, le poivre, le camphre, le tabac, etc., conseillés à l'extérieur et à l'intérieur, n'ont pas donné de grands résultats.

Quant au traitement curatif, il consiste à inciser la tumeur, ou bien attendre son ouverture spontanée. Dès que le ver tend à faire issue au dehors, il faut le maintenir à l'aide d'un fil de soie, et l'enrouler peu à peu sur un petit cylindre de diachylon, en ayant soin de n'exercer que des tractions très-douces (Clot bey). Cet enroulement peut se faire en quelques heures ou bien durer un mois ou six semaines.

Lorsqu'il survient des phénomènes inflammatoires graves résultant de la rupture de la filaire, il faut pratiquer de larges débridements. Nous croyons que les lavages et les pansements antiseptiques et surtout phéniqués seraient tout à fait indiqués dans ces circonstances.

BIBLIOGRAPHIE. — Clot bey, *Obs. sur le dragonneau*, in *Comptes rendus des trav. de l'école d'Abouzabel et Arch. g. de méd.* (Ac. des sciences), 1^{re} série, t. XXX, p. 573, 1832. — Maisonneuve, *Notes sur un dragonneau, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. VI, p. 472, 1844. — Vautrin, *Obs. du service de Malgaigne*, in *Bull. de la Soc. anat.*, vol. XXIX, p. 311, 1854. — Ch. Robin, *ibid.*, in *Bull. de la Soc. de biologie*, 2^e série, t. II, p. 35, 1855. — Cezilly, *Obs. sur le dragonneau ou ver de Médine*, th. de Paris, 1858, n^o 203. — J. Benoit, *Du dragonneau ou filaire de Médine, etc.*, in *Montpellier médical*, n^o 6, juin 1859. — E. Follin, *Filaire de Médine, etc.*, in *Traité élément. de pathol. externe*, t. II, p. 108, 1867 (Bibliogr.). — Alf. Luton, *Filaire*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XIII, p. 393, 1870 (Bibliogr.).

JAMAIN. — Pathol. chir.