

est le siège d'une tension désagréable; du pus se collecte, les téguments s'ulcèrent et livrent passage à la filaire dont une seule extrémité s'engage par l'orifice cutané; aussi plusieurs abcès successifs peuvent être nécessaires avant que l'expulsion totale s'effectue. Suivant l'aspect que prend la perte de substance, Ahmed Fahmy décrit une forme *ulcéreuse*, une forme *furunculose* et une forme *phlegmoneuse* circonscrite ou diffuse. Ces accidents évoluent sans provoquer de phénomènes généraux; on a cependant signalé des troubles graves, surtout lorsqu'il y avait plusieurs filaires, une fièvre qui se serait terminée par la mort. Mais ces complications sont obscures.

Il est aisé de comprendre combien le diagnostic sera difficile dans nos climats, où l'esprit n'est pas en éveil sur l'existence de cette maladie. On cite le cas d'un matelot qui allait être amputé à Rotterdam pour une tumeur de la cheville, lorsqu'un médecin plus avisé se contenta d'une incision qui permit d'extraire le dragonneau. Il faudra se méfier des tumeurs inflammatoires du tissu cellulaire sous-cutané portées par des individus revenant de pays inter-tropicaux, où la filaire est commune. Si la collection purulente s'amasse dans l'orbite, la langue, la mamelle, l'erreur beaucoup plus facile, ne sera dissipée que par l'ouverture de l'abcès et l'expulsion du ver.

**Traitement.** — Nous n'avons pas, dans nos climats, à nous préoccuper du traitement prophylactique, qui consisterait à ne boire que des eaux de provenance sûre. Quand la présence du dragonneau est constatée, on doit, par une incision délicate, aller jusqu'à lui, si une ouverture spontanée de la peau ne s'est pas faite; on saisit une de ses extrémités; on la fixe par un fil, on tire modérément et l'on dévide autour d'un morceau de bois ou sur un petit cylindre de papier ou de diachylon. Les tractions seront légères, afin de ne pas briser le corps du nématode, ce qui nécessiterait de nouvelles recherches dans le foyer inflammatoire. Quelques heures suffisent à cet enroulement du parasite; cependant on cite des cas où il a fallu cinq à six semaines. Dans ces derniers temps, on a proposé de tuer le dragonneau par une décharge électrique, mais l'incision franche, la curette tranchante et les pansements antiseptiques en auraient plus vite raison.

## CHAPITRE III

## AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES

## I

## TRAUMATISMES

Elles consistent en *plaies simples*, en *plaies contuses* et en *contusions*. Les premières sont sans gravité; un instrument tranchant ou piquant a ouvert la bourse séreuse, quelques gouttes d'un liquide visqueux mêlé à du sang s'écoulent par la solution de continuité; mais, pour peu qu'on maintienne la région au repos, les bords de la plaie s'accolent et la réunion est obtenue. Si le blessé continue ses travaux et se livre à des mouvements intempestifs, si les lèvres de la diérèse sont souillées par quelque substance septique, ou lorsque le patient est atteint d'une tare constitutionnelle, une inflammation peut survenir, un hygroma aigu, prélude d'un érysipèle phlegmoneux fréquent en pareil cas.

Les *plaies contuses* provoquent cette complication; cependant plusieurs terminaisons sont possibles: tantôt, malgré leur vitalité précaire, les lèvres de la plaie déchiquetées et irrégulières se réunissent par première intention; tantôt la cavité de la bourse séreuse s'enflamme et ses parois sécrètent un liquide jaune, visqueux, filant, transparent, puis mêlé à des globules de pus; ces phénomènes peuvent s'amender, l'orifice se refermer, mais un hygroma persiste, ou une fistule s'organise par où suintera la sérosité; tantôt enfin l'inflammation gagne, envahit les tissus voisins et l'on assiste à l'éclosion d'un phlegmon diffus. Pour éviter ces accidents, la plus grande immobilité de la région blessée est nécessaire; un pansement antiseptique, une compression légère sont indiqués. Si l'inflammation se développait, de larges incisions, puis des bains antiseptiques en arrêteraient la marche.

Les *contusions* sont chroniques ou aiguës. Les premières, dues à des pressions fréquentes, provoquent dans les parois de la bourse séreuse et dans son contenu, des modifications qui aboutissent à

l'hygroma chronique dont l'étude se fera plus loin; les contusions *aiguës* se caractérisent par une déchirure des vaisseaux; un épanchement sanguin en est la conséquence; il distend la cavité, la peau se soulève et l'on se trouve en présence d'une tumeur molle, fluctuante, arrondie qui occupe le siège exact d'une bourse séreuse; la palpation permet de reconnaître l'existence de caillots qui s'écrasent sous le doigt avec une crépitation particulière; une ecchymose ne tarde pas à colorer la peau. — Le siège de la tumeur, sa forme, sa production rapide après un traumatisme, la crépitation sanguine, l'ecchymose ne sauraient laisser le diagnostic en suspens.

La marche de ces tumeurs est variable : parfois le sang épanché dépose sa fibrine, sa matière colorante se transforme et une collection transparente, un kyste à liquide citrin ou incolore remplace l'hématome; parfois, le sang reste liquide et demeure un temps fort long sans modification appréciable, on dirait qu'il vient de quitter les vaisseaux avec ses hématies intactes, à peine crénelées; le plus souvent un caillot se forme dont les couches superficielles sont jaunes, tandis que les plus centrales conservent une teinte brun foncé. Il faut compter avec les inflammations : un phlegmon circonscrit ou diffus s'allume, la collection s'ouvre et le caillot de la cavité est évacué avec le pus. Le traitement sera celui des abcès chauds. Dans le cas d'hématome, on aura recours à la compression, puis à la ponction capillaire suivie d'injection iodée, ou, plutôt, à l'incision et à l'extirpation des parois du kyste.

## II

## INFLAMMATIONS.

## 1° HYGROMA AIGU

L'*hygroma aigu* se caractérise par l'exsudation, dans les bourses séreuses, d'un liquide citrin ou purulent qui se collecte au milieu de phénomènes inflammatoires.

**Étiologie.** — Les causes en sont multiples : les traumatismes d'abord, qu'ils ouvrent la cavité séreuse comme les plaies pénétrantes, ou qu'ils la meurtrissent comme les contusions. Dans diverses professions, certaines bourses séreuses sont un siège plus habituel

d'épanchement; la cavité prérotulienne s'enflamme chez les parqueteurs, les botteleurs, les terrassiers, les maçons, les couvreurs, les moines contemplatifs et les religieuses; une pression, un heurt plus violent vient provoquer un processus plus actif dans ces tissus chroniquement irrités. N'est-ce pas ce qu'observa Chassaignac sur un saltimbanque bossu dont la gibbosité portait une bourse séreuse sur laquelle, à la parade, un compère multipliait les coups de batte? — Les inflammations de voisinage provoquent des hygromas, qui sont parfois la conséquence d'un érysipèle, d'une lymphangite, d'un furoncle; l'influence de certaines maladies est incontestable, le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis, la goutte même et l'infection purulente.

**Symptômes.** — Ils sont peu compliqués : au niveau d'une région où existe une bourse séreuse normale ou accidentelle, la peau devient rouge, chaude et douloureuse; une tuméfaction arrondie soulève les téguments, et la saillie en est trop régulière pour ne pas s'être développée dans une cavité préexistante; on y sent une fluctuation nette, un peu voilée lorsque la bourse séreuse est cloisonnée et l'hygroma multiloculaire; dans ce cas quelques-unes des aréoles secondaires peuvent être enflammées sans qu'il y ait exsudation liquide, et l'on perçoit une crépitation neigeuse ou amidonnée. Ces phénomènes locaux s'accompagnent quelquefois d'une réaction générale : la fièvre s'allume, la soif est vive, des troubles gastriques apparaissent; ces symptômes, peu intenses et passagers, sont dus à la maladie qui a provoqué l'hygroma, à une poussée de rhumatisme articulaire, par exemple.

Après cet épisode aigu, l'inflammation s'apaise et la tumeur devient chronique, mais il est d'autres cas où les téguments s'ulcèrent et le liquide s'évacue, tantôt séreux, citrin, transparent, — il en est ainsi dans le rhumatisme — tantôt purulent, épais et floconneux. Et ce ne sont pas les seules terminaisons : une fistule peut s'organiser; les bords en deviennent calleux et durs, et par l'orifice s'écoule une petite quantité de liquide séro-purulent; d'autres fois, un phlegmon diffus se développe; le pus franchit les barrières peu résistantes qu'offrent les parois des bourses séreuses et envoie des fusées dans le tissu cellulaire circonvoisin; au niveau du coude, les inflammations de la cavité séreuse olécranienne ont souvent revêtu cette forme envahissante. Au pied, la bourse sous-cutanée,

capitula  
cop  
sagari  
Abdour

« l'oignon » qu'on trouve au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, a parfois évacué son pus dans la jointure elle-même.

Ces complications possibles donnent au pronostic une certaine gravité, mais, en général, l'affection évolue sans faire courir de risques. Le *diagnostic* est simple : le siège de la tumeur, sa forme, sa fluctuation permettent d'en reconnaître l'origine; à peine, lorsqu'il existe une fistule, pourrait-on croire à une altération osseuse, mais le stylet montrera les os sous-jacents recouverts de leur membrane périostale; des caries et des ostéites ont pu succéder à un hygroma.

**Traitement.** — Il consiste à immobiliser la région enflammée, à exercer sur elle une pression méthodique : on aurait ainsi évité l'inflammation; des vésicatoires atteindraient le même but. Si du pus se développe, l'incision est de rigueur; on donnera une large issue au liquide et, après avoir pratiqué des lavages antiseptiques dans la cavité, on exercera une compression légère sur les parois; nous avons, par ce moyen, obtenu plusieurs fois la réunion primitive. Pour les fistules, lorsque les injections irritantes ont échoué, l'incision et le raclage de la poche, voire son extirpation, sont indiqués.

#### 2° HYGROMA CHRONIQUE

L'*hygroma chronique* est caractérisé par un épaissement des parois de la bourse séreuse que distend un liquide d'aspect et de quantité variables.

**Étiologie.** — Il succède rarement à une inflammation aiguë, et c'est peu à peu que la tumeur se développe, sans douleur appréciable, sans rougeur, sans réaction; les pressions répétées, les heurts habituels sur une bourse séreuse accidentelle ou normale en sont la cause ordinaire, et nous le retrouvons aux régions prérotulienne et olécraniennne, dans les mêmes corps de métier que l'hygroma aigu. Il apparaît autour des néoplasmes : Bérard aîné en disséqua deux, formés, à droite et à gauche, sur la clavicule d'un individu porteur d'un énorme encéphaloïde du cou qui reposait sur le haut du thorax. Massot cite un grand nombre de faits analogues; mais les recherches contemporaines prouvent qu'il a exagéré la fréquence de ces tumeurs, surtout dans les cas d'adénomes du sein.

**Anatomie pathologique.** — Les hygromas peuvent être *kystiques* ou *séreux*, *proliférants*, *fibreux*, *hémorrhagiques* et, le plus souvent, ces quatre formes sont mélangées. Bien que distendues par la sérosité qui remplit la bourse muqueuse, les parois de l'hygroma sont épaisses : des néo-membranes forment des lames concentriques, des strates dont la structure rappelle celle des pachyméningites et des hématoécèles vaginales; on y trouve du tissu cellulaire jeune où les éléments embryonnaires abondants sont parcourus par de riches réseaux capillaires; aussi, entre les diverses couches, n'est-il pas rare de constater des foyers ecchymotiques dus à la rupture de petits vaisseaux. Ces tissus, en vieillissant, prennent une organisation plus élevée; ils deviennent fibreux, et les couches les plus internes peuvent se recouvrir d'incrustations calcaires; on y constate des élevures, des saillies qui se pédiculisent; leur attache se rompt, et des corps flottants, semblables à des grains de riz, tombent au milieu du liquide.

Celui-ci est transparent, de couleur citrine, filant, visqueux comme de la synovie; d'autres fois il est trouble, presque opaque; il tient en suspension des grumeaux fibreux, des caillots sanguins; il a la consistance et la teinte du chocolat, ou il est rouge, jaune, verdâtre, suivant les métamorphoses qu'a subies l'hématine du sang épanché. Lorsqu'une inflammation s'est déclarée dans la poche, la cavité se distend et des amas purulents se mélangent à la sérosité, à l'épanchement sanguin préexistant : un traumatisme, une violence extérieure a fait de l'hygroma chronique un hygroma aigu.

**Symptômes.** — La tumeur se développe lentement en une région comme pour avoir une bourse séreuse; la peau se soulève et dessine une saillie hémisphérique indolore; les parois de la cavité se distendent, la fluctuation est nette, et lorsqu'il existe des grains rizi-formes, flottant dans le liquide, on perçoit une crépitation spéciale, une sensation d'amidon ou de neige, le passage de petits corps pressés entre les doigts. Lorsque l'épanchement est limpide, et pour peu que les parois soient distendues, on constate une certaine transparence; ce signe est exceptionnel, car les membranes enkystées, incrustées ou non de sels calcaires, sont épaissies, indurées, et les rayons lumineux ne peuvent les traverser. Il est des cas où le liquide est peu abondant et la cavité presque oblitérée par la

rétraction des parois, la production de tissus fibreux ou de masses graisseuses.

L'évolution de l'hygroma est simple : une fois que la tumeur a atteint le volume d'un œuf, — nous parlons de la région prérotulienne, son siège le plus habituel — elle reste stationnaire et persiste un temps indéfini; cependant on cite certaines collections qui ont atteint la grosseur d'une tête de fœtus. Dans quelques cas exceptionnels, l'hygroma se rompt et son liquide est absorbé dans les tissus avoisinants; mais la guérison définitive est rare et l'hygroma se reproduit; on l'a vu revenir sur lui-même par rétraction des parois et se transformer en un noyau dur, de consistance cartilagineuse. Une terminaison fréquente est l'inflammation. A la suite de quelque violence, la tumeur rougit, s'échauffe, devient douloureuse, la peau s'ulcère, un liquide séreux, hématique ou purulent s'échappe au dehors; des fusées de pus franchissent les limites de l'hygroma, et l'on a un phlegmon diffus, ou la réaction est peu vive et une fistule s'établit; parfois la guérison définitive est la conséquence du processus inflammatoire.

**Diagnostic.** — La forme hémisphérique de la tumeur, sa fluctuation habituelle, son siège en un point où l'anatomie relève l'existence d'une bourse séreuse, ne laissent aucun doute; seules les tumeurs développées dans des bourses profondes, sous les muscles fessiers et le psoas iliaque par exemple, seront difficiles à reconnaître, surtout lorsque les parois épaissies, calcifiées, d'une dureté pierreuse éveilleront l'idée d'une tumeur solide; la ponction exploratrice ne fournira plus de renseignements aussi précis que dans les cas où la poche est souple et distendue par le liquide. — Le *pronostic*, sérieux autrefois, s'il survenait une inflammation diffuse, a perdu sa gravité depuis les nouveaux pansements, et la chirurgie, jadis timide à leur égard, est maintenant audacieuse.

**Traitement.** — On a proposé, contre l'hygroma, un nombre indéfini de moyens thérapeutiques; les résolutifs, le chlorhydrate d'ammoniaque, les vésicatoires volants; puis la compression, l'écrasement de la poche de manière à en chasser le contenu dans les tissus environnants qui l'absorberont : les dilacérations sous-cutanées des parois aboutissent au même résultat; les sétons, le drainage suivi d'injections antiseptiques, la ponction simple suivie de compression, la ponction avec injection; on a obtenu des succès en vidant la

poche et en faisant pénétrer dans la cavité une solution phéniquée à 5 pour 100; lorsque le liquide injecté ressort limpide, on entoure le membre de ouate et l'on exerce une compression énergique; en moins de huit jours la guérison peut être observée.

Pour peu que ce moyen ait échoué, on n'hésite pas à inciser la poche, à l'évacuer de son liquide, de ses caillots sanguins, de ses masses fibrineuses et des corps flottants qu'elle peut contenir; on enlève, à la curette tranchante, les concrétions calcaires des parois, les néo-membranes, les tissus peu vasculaires; on met au contact les surfaces cruentées. Il est des cas où l'on excise tout ou partie de la membrane d'enkystement; avec l'arsenal actuel de l'hémostase, on n'a plus à redouter les hémorrhagies observées par Nélaton, et, avec les pansements antiseptiques, on évite les complications qui, dans 2 cas de Velpeau, eurent la mort pour conséquence.

### III

#### AFFECTIIONS SYPHILITIQUES ET TUBERCULEUSES

Les *lésions syphilitiques* des bourses séreuses décrites par Verneuil et par Fournier sont de deux ordres : tantôt elles revêtent la forme d'un hygroma et coïncident avec les accidents secondaires; tantôt c'est une gomme qui se dépose dans la cavité. Nous ne ferons l'histoire ni de l'une ni de l'autre de ces affections : la première reproduirait la description de l'hygroma subaigu ou chronique; la seconde se confondrait avec l'étude des gommes sous-cutanées; ces manifestations de la vérole sont rares et les bourses olécraniennes et pré-tibiales en sont le siège habituel.

Les *lésions tuberculeuses* des bourses séreuses sont mal connues : Volkmann, Koster, Ch. Nélaton, Terrier, nous-même en avons observé quelques cas. Lejars en décrit deux variétés : l'hygroma *fonqueux* et l'hygroma à *grains riziformes*; ces derniers, caractérisés par la présence de petits corps mous, semblables à du riz cuit, ont été rangés parmi les lésions tuberculeuses depuis les recherches de Nicaise et de Poulet et Vaillard. Nous avons observé un hygroma *fonqueux* dans la bourse de la malléole externe, et deux hygromas à *grains riziformes*, l'un sous le psoas et l'autre sous le deltoïde.