

Indépendamment de la difformité qu'elles constituent, lorsqu'elles se développent sur une région habituellement découverte du corps, les cornes sont une cause permanente de douleurs lorsqu'elles sont froissées dans certaines attitudes. Ainsi, une jeune fille, citée par Fabrice de Hilden, ne pouvait se tenir debout, ni s'asseoir, ni se coucher sur le dos.

Le seul traitement rationnel est l'*extirpation* : au moyen de deux incisions semi-elliptiques, se regardant par la concavité et se réunissant par les extrémités, on cerne la base de la corne et la portion de peau à laquelle elle adhère ; on emporte l'une et l'autre par dissection. On réunit ensuite les lèvres de la plaie par première intention.

## ARTICLE V.

## Cancer de la peau.

Le cancer primitif de la peau est très-rare ; il peut se présenter sous forme de *squirrhe*, d'*encéphaloïde*, de *mélanose* ; ces trois variétés de cancers cutanés présentent les caractères que nous avons étudiés précédemment (p. 189 et 190).

Au début, la maladie simule une affection sans gravité. On constate, en un point de la peau, un petit tubercule indolent d'abord, qui devient bientôt le siège de vives douleurs et ne tarde pas à s'ulcérer. Quelquefois, au voisinage du tubercule cancéreux primitif, on voit se développer de nombreux tubercules semblables au premier. Dans cette affection, l'engorgement ganglionnaire et l'infection générale surviennent très-promptement.

Le cancer cutané primitif peut être confondu avec l'*épithélioma* ; on évite l'erreur en se rappelant les caractères que nous avons assignés à cette dernière affection (p. 187).

La *KÉLOÏDE* (de *χηλή*, crabe ; *εἶδος*, forme ; à cause de la ressemblance de la production morbide avec la forme générale d'un crabe) diffère du cancer de la peau par ses caractères physiques, sa nature, sa marche. Elle se présente au début sous la forme d'un petit tubercule dur, luisant, arrondi ou ovalaire, situé dans les couches les plus profondes du derme. Lorsqu'elle a subi un certain accroissement, elle s'est tantôt étendue en longueur (*kéloïde cylindracée*) ; tantôt elle a pris la forme d'une plaque carrée ou ovalaire pourvue de prolongements sur les côtés. La surface de la tumeur est souvent sillonnée de brides épaisses. La production morbide est dure et résistante au toucher comme du cartilage ; pâle ou plus rouge que les tissus environnants ; elle a un siège de prédilection pour la région sternale ; est généralement indolente, ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire, s'accroît très-lentement et ne s'ulcère jamais spontanément. Elle est due à une hypertrophie circonscrite du derme, c'est-à-dire que le microscope la montre formée d'éléments cellulaires, de corps fusiformes et d'éléments fibreux.

En raison de la rapidité avec laquelle se fait la généralisation du cancer cutané, on ne saurait trop se hâter de l'enlever avec l'instrument tranchant ou de le détruire par les caustiques.

## CHAPITRE II.

## MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

## ARTICLE I.

## Inflammation du tissu cellulaire.

L'inflammation du tissu cellulaire est désignée sous le nom de *PHLEGMON*. Cette phlegmasie se montre sous deux formes : tantôt elle occupe une étendue circonscrite et n'a aucune tendance à envahir les parties voisines ; c'est le *phlegmon simple* ou *circonscrit*, dont l'étude se confond avec celle des abcès chauds ou phlegmoneux (voy. p. 98). D'autres fois, la phlegmasie a une tendance à envahir de proche en proche les couches celluluses voisines et à en produire la mortification ; elle prend alors le nom de *phlegmon diffus*.

## PHLEGMON DIFFUS.

Le *phlegmon diffus*, ou *érysipèle phlegmoneux*, est l'inflammation aiguë et non circonscrite du tissu cellulaire.

**Causes.** Le plus souvent cette maladie occupe le tissu cellulaire sous-cutané, soit des membres, soit du tronc, soit de la tête ; quelquefois le tissu cellulaire profond des mêmes régions. Ce sont surtout les hommes adultes, notamment ceux qui exercent des professions pénibles, qui en sont atteints. L'affection se développe à la suite de blessures légères ou graves : la saignée, des piqûres faites par des instruments malpropres, ou en disséquant des cadavres récents ; des excoriations des extrémités des membres qui ont été négligées par les malades ; des brûlures, des plaies contuses avec décollement de la peau. L'infiltration de substances irritantes (urine, matières fécales) dans le tissu cellulaire donne lieu à une inflammation diffuse qui présente, dans beaucoup de cas, les caractères du phlegmon diffus. Cette phlegmasie peut aussi se développer après de grandes fatigues, ou même sans cause appréciable. Quelques auteurs ont cru reconnaître qu'elle est quelquefois épidémique ; d'autres ont pensé qu'elle est contagieuse, opinions qui demandent à être soumises à un examen sérieux avant d'être définitivement adoptées.

**Anatomie pathologique.** Au début, c'est-à-dire dans la première période, les aréoles du tissu cellulaire sont infiltrées d'une sérosité fluide, transparente ou rougeâtre ; les vaisseaux capillaires remplis de sang noir. Plus tard, ces mêmes aréoles contiennent une matière blanche, demi-fluide, adhérente au tissu conjonctif ; plus tard encore la matière infiltrée redevient fluide et se présente sous la forme de pus de nature variable : tantôt c'est un pus bien lié, tantôt c'est un pus séreux, ichoreux et fétide. Ce qui



constitue du reste le caractère essentiel du phlegmon diffus, c'est que le pus n'est rassemblé en foyer nulle part. Enfin, dans la dernière période, le tissu cellulaire se mortifie et est converti en lambeaux semblables à des écheveaux de fil ou à des paquets d'étoupes qui flottent au milieu de la matière purulente. La peau, privée de ses matériaux nutritifs, décollée dans une étendue plus ou moins considérable, se mortifie elle-même et se présente sous la forme d'escarres plus ou moins vastes.

Lorsque le phlegmon diffus occupe le tissu cellulaire profond ou inter-musculaire, les muscles eux-mêmes sont séparés les uns des autres, ainsi que de l'aponévrose d'enveloppe, par le pus qui est infiltré dans leurs interstices; ils sont jaunes ou noirs, ramollis; les désordres s'étendent quelquefois jusqu'aux tendons et même jusqu'aux os, qui sont dénudés et mortifiés. L'inflammation peut aussi se propager aux articulations, aux veines et aux vaisseaux lymphatiques.

**Symptômes.** Nous prendrons pour type de notre description le phlegmon diffus sous-cutané des membres. Il est caractérisé par un gonflement considérable accompagné d'une rougeur plus ou moins prononcée; ni le gonflement ni la rougeur ne présentent de limites distinctes. La surface de la peau présente parfois des phlyctènes remplies d'une sérosité limpide ou sanguinolente. En exerçant une pression sur les parties malades, on reconnaît une sensation spéciale qui, d'après Béclard, tient le milieu entre la mollesse de l'œdème, la dureté du phlegmon et l'élasticité de l'emphysème. Les malades accusent de vives douleurs dans la partie qui est le siège du gonflement; ils se plaignent d'une sensation d'étranglement. On constate presque toujours une inflammation concomitante des vaisseaux lymphatiques et parfois un engorgement des ganglions dans lesquels ces vaisseaux se rendent. A ces phénomènes locaux s'ajoutent des phénomènes généraux plus ou moins graves: fièvre, agitation, insomnie, faiblesse musculaire, inappétence, soif vive, langue rouge et luisante, parfois nausées, vomissement bilieux et diarrhée.

**Marche et Terminaisons.** Dans quelques cas rares, le phlegmon diffus se termine par la résolution ou par la formation d'abcès circonscrits. Le plus souvent, l'affection fait des progrès, et la peau se trouve décollée dans une grande étendue par l'infiltration purulente qui occupe le tissu cellulaire sous-cutané. La peau, privée de ses moyens de nutrition, se convertit en escarres plus ou moins étendues auxquelles succèdent des ouvertures par lesquelles s'écoule un pus séreux et visqueux, et qui donnent passage à des portions de tissu cellulaire et d'aponévroses mortifiées; des hémorragies parfois abondantes accompagnent ce travail de destruction. Lorsque le malade échappe aux accidents généraux, ou bien encore qu'il ne meurt pas de l'épuisement occasionné par une abondante suppuration, il se peut que les plaies résultant de la perte de substance de la peau se cicatrisent, que la peau se recolle aux parties subjacentes; le blessé conserve pendant longtemps une gêne dans les fonctions du membre atteint par la phlegmasie. La mort est une terminaison assez fréquente des phlegmons diffus qui occupent une grande étendue; elle survient dans la première période, soit par

le fait d'un empoisonnement général, quand il existe une blessure avec matière virulente; soit par l'intensité des phénomènes réactionnels; plus tard, elle est la conséquence soit de l'abondance de la suppuration, soit d'une inflammation viscérale qui vient compliquer la maladie elle-même.

**Diagnostic.** Le phlegmon diffus diffère du phlegmon circonscrit par l'étendue de l'inflammation; de l'érysipèle simple, par l'existence d'un gonflement considérable; de l'érysipèle œdémateux, en ce que, dans ce dernier, la rougeur est plus transparente, la douleur moindre, l'impression laissée par les doigts plus marquée; de la phlébite et de l'angioleucite, par la présence dans ces dernières d'un cordon dur ou de lignes rougeâtres et sinueuses sur le trajet des vaisseaux enflammés. Si le diagnostic du phlegmon diffus sous-cutané est facile, il n'en est pas de même du phlegmon profond; celui-ci produit souvent de grands ravages avant qu'on en reconnaisse l'existence. C'est ainsi que de vastes suppurations du bassin et du tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen, consécutives à des infiltrations d'urine ou de matières fécales, ne sont souvent reconnues qu'à l'examen cadavérique.

**Pronostic et Traitement.** Le phlegmon diffus est toujours grave; il l'est d'autant plus qu'il est situé plus profondément et qu'il occupe une plus vaste étendue.

Il faut donc, dès le début de la maladie, combattre celle-ci énergiquement par des émissions sanguines locales et quelquefois par une saignée générale; donner au membre une position élevée et le recouvrir de cataplasmes émollients. Le malade est mis à la diète; l'état de la langue peut réclamer l'administration d'un vomitif ou d'un éméto-cathartique. Bretonneau a proposé d'enrayer la marche du phlegmon diffus, en exerçant, sur toute l'étendue du membre envahi, une compression méthodique, au moyen d'une bande roulée; Dupuytren employait dans le même but les vésicatoires appliqués sur l'endroit enflammé; et Velpeau, adoptant le même mode de traitement, l'a modifié en se servant de vésicatoires d'une très-grande dimension.

Lorsque l'affection est arrivée à une période plus avancée, c'est-à-dire, lorsque le pus est déjà infiltré dans le tissu cellulaire, il convient de pratiquer sur toute l'étendue de la partie malade, des incisions qui comprennent toute l'épaisseur du derme et qui ont un double résultat: faire cesser l'étranglement du tissu cellulaire, ce qui en prévient la mortification, et donner un passage aux liquides infiltrés. Il faut prolonger ces incisions jusqu'au delà de l'aponévrose d'enveloppe du membre dans les phlegmons diffus profonds. L'hémorragie, qui est la conséquence de ces incisions, doit être attentivement surveillée, et réprimée au besoin par une compression méthodique, lorsqu'elle est très-abondante. Le nombre d'incisions à pratiquer est subordonné à l'étendue même du phlegmon diffus; la longueur de chaque incision sera de quelques centimètres. A une période peu avancée de la maladie, ces incisions ne donnent passage qu'à la matière purulente, dont on peut, du reste, favoriser l'écoulement par une douce pression; plus tard, elles donnent issue à des lambeaux de tissu cellulaire et



d'aponévroses gangrénés; ces lambeaux sont retranchés à mesure qu'ils se présentent entre les lèvres de la plaie, sans exercer sur eux un tiraillement qui serait très-douloureux. La même remarque est applicable aux escarres de la peau. Les parties gangrénées une fois éliminées, on favorise la cicatrisation des plaies et des fistules cutanées qui en sont la conséquence par les moyens précédemment exposés (voy. *Plaies et Fistules cutanées*). Dans quelques cas, les désordres occasionnés par le phlegmon diffus sont tels, que le sacrifice du membre offre la seule chance de salut pour le malade. Toutefois, avant d'en venir à ce parti, on cherchera à diminuer l'abondance de la suppuration, à empêcher le croupissement du pus; on soutiendra les forces du sujet par une nourriture analeptique.

Pour éviter la stagnation du pus, et favoriser l'élimination des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, on a proposé d'introduire dans la profondeur des parties incisées, à travers les ouvertures et les contre-ouvertures, des tubes en caoutchouc vulcanisé, percés de trous de distance en distance; ces tubes laissent écouler le pus et permettent le lavage des parties par des injections d'eau tiède ou d'eau alcoolisée. On a voulu faire de cet expédient un procédé particulier qu'on a décrit sous le nom de *drainage chirurgical*.

## ARTICLE II.

### De l'œdème.

On donne le nom d'*œdème* à une tuméfaction produite par l'infiltration d'une certaine quantité de sérosité dans le tissu cellulaire.

**Symptômes.** L'œdème est moins une maladie qu'un symptôme de maladies diverses; il est tantôt une affection locale circonscrite dans une région peu étendue, tantôt il occupe une grande partie ou la totalité même de la surface du corps; dans ce dernier cas, il a reçu le nom d'*anasarque* et son étude est du ressort de la pathologie interne. Quelle que soit d'ailleurs l'étendue de l'œdème, la région œdématée est pâle, d'un blanc mat, molle, pâteuse, à température moins élevée que celle des parties ambiantes; elle présente une tuméfaction inégale dans les différents points, suivant que le tissu cellulaire sous-cutané, plus ou moins lâche, se prête plus ou moins à une distension par la sérosité qui s'accumule dans ses aréoles. Si on exerce avec le doigt une pression sur la partie malade, on produit une dépression qui disparaît peu à peu par le retour du liquide à la place d'où il a été chassé.

**Causes.** L'œdème envisagé comme affection locale se produit le plus souvent sous l'influence d'un *obstacle à la circulation veineuse*; par le fait de tumeurs de diverse sorte développées sur le trajet des veines; dans les varices, les phlébites adhésives, les maladies organiques du cœur, du foie, de la rate; dans la grossesse; dans les abcès profonds des membres; dans les épanchements intrathoraciques; dans les fractures graves, les luxations, etc. Il provient quelquefois d'une irritation de la peau par le contact de certains liquides; l'*œdème du scrotum* se développe souvent chez les pé-

tits enfants et chez les vieillards par le passage continu de l'urine sur les bourses. C'est par un mécanisme semblable, c'est-à-dire par un appel des fluides plutôt que par un ralentissement de la circulation que l'œdème se montre dans certains érysipèles. Enfin, on voit l'œdème persister quelquefois plus ou moins longtemps après la guérison de lésions diverses, telles que des contusions, des fractures, et, dans ce cas, il faut bien reconnaître, puisqu'il n'existe aucun obstacle à la circulation veineuse, que c'est par le fait d'une sorte d'*atonie* du système absorbant lui-même.

**Anatomie pathologique.** Les lésions propres à l'œdème sont la présence d'une sérosité plus ou moins abondante dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané; parfois, au lieu de sérosité, une gelée transparente; dans quelques cas, cette infiltration séreuse s'étend jusqu'au tissu cellulaire intermusculaire et même dans le tissu cellulaire du parenchyme des viscères.

**Terminaisons.** L'œdème se termine le plus souvent par la guérison, à moins qu'il ne soit symptomatique d'une lésion viscérale; dans ce dernier cas, il fait des progrès et distend de plus en plus les téguments; il peut même donner lieu à des crevasses de la peau par lesquelles la sérosité s'écoule au dehors; dans certains cas, il se complique d'un érysipèle ou de la formation de plaques gangréneuses de la peau.

**Diagnostic et Traitement.** L'œdème est facile à reconnaître, mais il est moins facile d'en préciser la cause. Ce n'est que par l'examen attentif des circonstances qui ont précédé ou qui accompagnent cet état morbide qu'on arrive à un diagnostic complet.

C'est sur ces dernières données qu'est fondé le traitement. Tout œdème symptomatique ne disparaîtra qu'à la condition de guérir au préalable l'affection qui a donné lieu à cet état morbide. Cette première indication remplie, on favorise la résorption de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, par les moyens suivants, qui sont également applicables à l'œdème *idiopathique* ou *essentiel*. On donne à la partie malade une position favorable, c'est-à-dire non déclive; on la soumet à une compression méthodique avec un bandage roulé qui comprend toute la partie du membre depuis son extrémité jusqu'au delà de la région œdématiée. On fait pratiquer des frictions, soit avec une flanelle sèche, soit avec de l'eau-de-vie camphrée, de la teinture de quinquina, de la teinture de digitale, etc.; on conseille au malade des bains de sang de bœuf. Lorsque l'œdème est symptomatique d'une affection viscérale, et qu'il fait des progrès tels que la peau est considérablement distendue, on évacue la sérosité au moyen d'un certain nombre de mouchetures faites avec la lancette.

## ARTICLE III.

### De l'emphysème.

Les aréoles du tissu cellulaire sont quelquefois distendues par des gaz qui soulèvent la peau et donnent lieu à un gonflement élastique que l'on désigne sous le nom d'*EMPHYÈME*.



Les gaz que l'on trouve dans le tissu cellulaire, dans les cas d'emphysème, n'ont pas toujours la même composition; le plus souvent, c'est de l'air atmosphérique, d'autres fois ce sont des gaz intestinaux, ou bien encore des gaz provenant de la décomposition de matières animales; la nature de ces corps aëriiformes est subordonnée aux causes qui produisent l'emphysème.

**Causes.** Dans le plus grand nombre des cas, l'emphysème se montre chez des sujets qui ont une lésion d'un point quelconque des organes respiratoires, depuis les narines jusqu'aux cellules bronchiques; l'air attiré dans la poitrine, pendant l'inspiration, s'insinue pendant l'expiration à travers la plaie que présente soit le poumon, soit la trachée, soit le larynx, soit les parois du pharynx ou des fosses nasales, et de là s'infiltré de proche en proche dans les aréoles du tissu cellulaire. On conçoit qu'une rupture d'un point de l'arbre aérien, pendant un violent accès de toux, produise les mêmes résultats. C'est par un mécanisme semblable que les gaz renfermés dans le tube digestif passent dans le tissu cellulaire qui est en rapport immédiat avec quelques-unes des parties de cet appareil, telles que le cœcum, l'S iliaque, le rectum, mais comme ces gaz ont des propriétés plus délétères que l'air atmosphérique, ils déterminent promptement une inflammation gangréneuse qui s'oppose aux progrès de l'emphysème. On voit quelquefois des gaz se former sur le trajet des membres atteints d'une violente contusion, ou bien encore dans les plaies produites par des animaux venimeux; la décomposition des tissus de l'organisme frappés de gangrène donne lieu aussi à l'emphysème.

**Symptômes.** On reconnaît l'emphysème à un gonflement mal circonscrit, occupant une étendue plus ou moins considérable, peu prononcé la plupart du temps, sans changement de couleur et de température de la peau, d'une consistance molle, rénitente et élastique, donnant à la pression exercée avec le doigt une sensation de *crépitation* analogue à celle que produit l'écrasement de la neige. Les malades ne se plaignent d'aucune douleur, même à la pression. Lorsque l'emphysème n'occupe qu'une faible étendue, il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel et se dissipe promptement. Dans quelques cas rares, on voit l'emphysème s'étendre de proche en proche et envahir successivement une grande partie du tissu cellulaire sous-cutané et même le tissu cellulaire intermusculaire; les malades éprouvent alors des troubles fonctionnels graves: le pouls s'accélère et devient petit, les mouvements respiratoires s'exécutent avec peine, la déglutition est gênée; quelques blessés succombent à cet emphysème *général*, soit dans un état comateux, soit en présentant des phénomènes convulsifs; d'autres se rétablissent par l'absorption graduelle de l'air infiltré.

**Diagnostic.** Il ne présente pas de difficultés, toutes les fois que la région emphysémateuse est accessible à une exploration directe avec la main qui perçoit cette sensation de crépitation dont nous venons de parler.

**Traitement.** La première indication à remplir est de borner les progrès du mal, en s'opposant à l'infiltration d'une trop grande quantité d'air dans le tissu cellulaire. Nous exposerons à l'article *Plaies de poitrine* la conduite à tenir pour arriver à ce but. Si le chirurgien est appelé trop tard ou si

l'emphysème, malgré l'emploi d'un traitement rationnel, a fait de grands progrès, et que le malade présente les troubles fonctionnels que nous avons énumérés, il faut livrer issue à l'air infiltré par des scarifications de toute l'épaisseur de la peau. Lorsque les accidents sont moins pressants, on favorise la résorption de l'air infiltré par des frictions sèches ou avec un morceau de flanelle imprégnée de liquides aromatiques, et par une compression méthodique de la partie emphysémateuse, si la région du corps affectée se prête à ce dernier mode de traitement.

## ARTICLE IV.

## Tubercules sous-cutanés douloureux.

Cette affection est également désignée sous les noms de *tumeurs squirrhueuses enkystées*, *ganglions nerveux*, *fibrômes sous-cutanés*. Elle est caractérisée par la présence dans le tissu cellulaire, sous-cutané ou sous-aponévrotique, de petites tumeurs extrêmement douloureuses.

**Anatomie pathologique.** On rencontre ces productions morbides dans le tissu cellulaire sous-cutané, plus rarement dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique; dans un cas, la tumeur naissait du périoste du tibia. On l'a observée le plus souvent sur le trajet des membres inférieurs, notamment dans les régions où les téguments reposent sur un plan osseux, malléoles, grand trochanter; on l'a également notée au poignet, au coude, à la face, à la mamelle, au scrotum. En général, il n'existe qu'une seule tumeur, dont le volume varie depuis une tête d'épingle jusqu'à une fève, et dont la forme est arrondie, sphérique ou ovalaire.

La surface externe de la production morbide est lisse, luisante, nacrée, blanche ou parfois jaunâtre, entourée d'une capsule fibro-celluleuse qui est parfois dense et très-résistante. La surface de section de la tumeur est aussi d'un blanc nacré; elle présente, dans quelques cas, un aspect semblable à celle des corps fibreux de l'utérus, c'est-à-dire des fibres disposées par couches concentriques complètement dépourvues de vaisseaux. Ces tumeurs sont formées d'un tissu élastique; lorsqu'on les fait tomber d'une certaine hauteur sur un plan résistant, elles rebondissent. Elles ne présentent pas de rapports intimes avec des filets nerveux, ce qui les distingue des *névrômes*.

L'examen microscopique y révèle la présence d'*éléments fibreux* à divers degrés de développement: tantôt ce sont des fibres très-serrées les unes contre les autres, avec des noyaux allongés au milieu d'elles; tantôt les fibres sont unies à des éléments cellulaires, à de larges noyaux ou à des fibres-cellules. Dans un cas, le tissu de la tumeur était de nature fibro-cartilagineuse.

**Symptômes.** Les malades accusent des douleurs quelquefois avant que la tumeur soit apparente. Dans d'autres cas, les douleurs ne surgissent qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle où le fibrôme sous-cutané a paru. Elles sont caractérisées par des élancements qui se manifestent à des intervalles plus ou moins longs et irréguliers; elles rayonnent en divers



sens et sont exaspérées par le contact des vêtements, les mouvements de la région, la pression. Parfois, elles deviennent tellement vives, qu'elles donnent lieu à des phénomènes convulsifs et amènent le dépérissement du sujet. En général, les douleurs disparaissent après l'extirpation de la tumeur; parfois elles persistent encore pendant un certain temps, mais finissent par s'éteindre. Lorsqu'on explore attentivement la région qui est le point de départ de ce cortège morbide, on trouve au-dessous de la peau une petite tumeur, dure, mobile, sans adhérence avec le tégument externe.

**Marche. Terminaisons.** Les fibrômes sous-cutanés se développent très-lentement. Après avoir acquis un certain volume, ils restent stationnaires; ils ne s'ulcèrent pas et ne donnent pas lieu à l'engorgement des ganglions lymphatiques. Lorsqu'on les extirpe, ils ne récidivent ni sur place, ni sur d'autres points de l'organisme. Si quelques pathologistes ont émis l'opinion opposée, c'est qu'ils ont confondu ces tumeurs avec des tubercules cancéreux de la peau.

**Causes.** On en a attribué le développement à des violences extérieures de tout genre. L'affection est plus commune chez la femme que chez l'homme; elle se montre surtout chez des sujets compris entre l'âge de trente-cinq à soixante ans.

**Diagnostic.** On a souvent pris pour une simple *névralgie*, ou pour un *rhumatisme* les douleurs symptomatiques des fibrômes sous-cutanés. L'exploration attentive de la région affectée permet d'éviter cette erreur. Il est plus difficile de distinguer le fibrôme sous-cutané d'un *névrôme*. On aura égard aux considérations suivantes : le fibrôme sous-cutané est, en général, solitaire, d'un petit volume, très-douloureux; le névrôme est parfois multiple, peut atteindre un grand volume et est parfois peu douloureux.

**Traitement.** L'extirpation est le seul moyen rationnel. Après avoir fixé la production morbide, on pratique sur la peau qui la recouvre une incision à travers laquelle on saisit le fibrôme au moyen d'une érigne. Avec un bistouri ou des ciseaux, on détache la tumeur de ses adhérences profondes. La plaie est réunie par première intention. En cas de refus de la part du malade de se soumettre à l'action de l'instrument tranchant, on cherche à diminuer la douleur par l'emploi des narcotiques.

### CHAPITRE III.

#### MALADIES DES BOURSES SÉREUSES SOUS-CUTANÉES.

Dans tous les points du corps où la peau se trouve en rapport direct avec des saillies osseuses, il existe des sacs sans ouverture dont la face interne sécrète habituellement un liquide onctueux destiné à faciliter le glissement de la membrane tégumentaire pendant l'exercice des divers mouvements. On désigne ces cavités closes sous le nom de bourses *séreuses* ou de bourses

*muqueuses*. Il serait impossible de reconnaître quelques maladies propres à certaines régions du corps, si on n'avait pas présentes à l'esprit les diverses bourses séreuses sous-cutanées qui se rencontrent, soit à l'état normal, soit accidentellement. Il résulte des recherches de Camper, Béclard, Bourgery, Padieu, etc., que les bourses séreuses normales sont situées : derrière l'angle de la mâchoire, au bord inférieur de la symphyse du menton, sur l'angle antérieur du cartilage thyroïde, l'acromion, l'épicondyle, l'épitrachée, l'olécrane, l'apophyse styloïde du radius et du cubitus, la face dorsale des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes, la face palmaire de ces dernières articulations, l'épine iliaque antéro-supérieure, le grand trochanter, l'ischion, la moitié inférieure de la rotule, l'angle supérieur externe de la rotule, la tubérosité externe du fémur, la tubérosité du tibia, les malléoles, la face dorsale des articulations des orteils, la face inférieure du calcanéum et la face plantaire de la tête du premier et du cinquième métatarsien.

Des bourses séreuses *accidentelles* ont été vues au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, au sommet des gibbosités; sur la face externe du grand dorsal; à la région lombaire et sur les côtés de la colonne vertébrale chez les individus qui portent des fardeaux; sur la face antérieure du sternum chez les menuisiers; à la partie supérieure du cubitus gauche et à la face postérieure des deuxième et cinquième métacarpiens de la main droite, chez les ouvriers en papier peint; à la face externe et antérieure de la cuisse, chez un joueur d'orgues; sur les faces dorsale et plantaire du scaphoïde, sur la face externe des deux extrémités du cinquième métatarsien chez les individus à pieds plats ou chez ceux qui portent des chaussures étroites; sur la face dorsale de l'articulation tarso-métatarsienne, la tête du premier métatarsien et la partie du pied qui touche le sol, chez les sujets atteints de pied-bot; à l'extrémité du moignon des amputés, entre le bout de l'os et la cicatrice; sur la face externe de l'articulation temporo-maxillaire; derrière le calcanéum; sur la face interne du scaphoïde; la face externe de l'extrémité supérieure du péroné; sous le coccyx (Luschka); dans l'épaisseur des grandes lèvres chez les femmes qui ont abusé du coït (Kœberlé), et dernièrement nous en avons signalé une à l'insertion humérale du deltoïde, chez un ouvrier couvreur. Les maladies propres aux bourses séreuses peuvent se montrer dans l'un ou l'autre de ces organes, quel que soit leur siège; cependant il est incontestable qu'elles atteignent plus particulièrement la bourse séreuse antéro-tulienne.

#### ARTICLE I.

##### Blessures des bourses séreuses sous-cutanées.

Les blessures des bourses séreuses sous-cutanées sont de deux ordres : des plaies proprement dites, et des contusions.

1° PLAIES DES BOURSES SÉREUSES. Les blessures par instruments piquants ou tranchants ne diffèrent en rien de celles qui n'intéressent que la peau et