

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 secrète 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

le tissu cellulaire sous-cutané. Elles doivent être réunies par première intention. Les plaies contuses s'observent surtout aux bourses séreuses du coude et du genou. Si elles sont petites, elles peuvent aussi se réunir par première intention. Si elles sont considérables, elles donnent lieu parfois à une violente inflammation, qui peut rester limitée dans la bourse séreuse, ou s'étendre aux parties voisines. Dans le premier cas, on remarque d'abord un gonflement notable des bords de la plaie, avec rougeur et chaleur de la peau; au bout de plusieurs jours, il se fait un écoulement, plus ou moins abondant, d'un liquide blanc jaunâtre, visqueux, onctueux, presque analogue à la synovie. Le plus souvent, la plaie extérieure se cicatrise, mais, comme la sécrétion continue à l'intérieur de la bourse séreuse, il se manifeste bientôt une tumeur qui a les caractères de l'hygroma. Dans quelques cas, il reste une ouverture fistuleuse, qui continue à donner issue au liquide, et ne se cicatrise qu'après un temps plus ou moins long. A la suite de larges plaies contuses, au contraire, il se développe parfois des inflammations fort graves, de véritables phlegmons diffus, et l'on observe, dans quelques cas, la propagation de l'inflammation à l'articulation voisine.

Le traitement diffère selon le degré et l'étendue de la plaie contuse. Si celle-ci est petite et l'inflammation modérée, le repos et des pansements simples suffisent pour obtenir la guérison. L'incision complète de la paroi superficielle de la bourse séreuse est indiquée, toutes les fois que la plaie est fortement contuse, et qu'il y a une violente inflammation. Dès que la suppuration est établie, on panse la plaie du fond vers la surface, pour éviter la cicatrisation prématurée des bords de la solution de continuité. S'il survient un phlegmon diffus, on le combat par les moyens que nous avons indiqués page 215.

2° CONTUSION DES BOURSES SÉREUSES. Les phénomènes auxquels elle donne lieu diffèrent selon qu'elle est produite par une violence extérieure brusque, telle qu'un coup, une chute, etc.; ou qu'elle est le résultat d'un froissement habituel, d'une pression souvent répétée ou continue, résultant de l'exercice de certaines professions, ou de l'emploi de certains instruments, ou de l'usage d'une chaussure trop étroite. Dans le premier cas, la contusion est suivie d'une inflammation de la face interne de la poche, accident que nous avons étudié plus haut, ou d'un épanchement sanguin dont il nous reste à dire quelques mots. Dans le second cas, la contusion donne lieu à la formation d'un *hygroma* (voy. p. 224).

L'ÉPANCHEMENT SANGUIN qui succède aux contusions des bourses séreuses est produit par la déchirure de leurs parois, ou par la rupture de quelques vaisseaux qui s'y distribuent. Le sang reste renfermé dans la cavité séreuse et ne se propage pas dans le tissu cellulaire environnant. Cela explique la persistance de la coloration normale de la peau recouvrant la bourse séreuse et la non-apparition d'une ecchymose tardive dans un point éloigné du siège de la lésion. Bientôt l'épanchement se divise en deux parties, le sérum et le caillot. La membrane séreuse, légèrement colorée par le sang, ou injectée comme au début de l'inflammation, sécrète une plus grande quantité de liquide qu'à l'état normal; ce liquide se mêle au sérum. Sous

l'influence des mouvements exécutés par la région, le caillot se divise, et, au bout d'un mois environ, l'intérieur de la bourse séreuse est rempli d'une bouillie noirâtre, couleur chocolat. Dans d'autres cas, le sang épanché, agissant à la manière d'un corps étranger, détermine l'inflammation de la bourse séreuse; il se produit du pus que l'on trouve mélangé au sang; ou bien, au contraire, la résolution de l'épanchement sanguin se fait d'une manière plus ou moins complète: la poche contient seulement la matière colorante du sang presque pure. D'autres fois, enfin, on trouve à l'intérieur de la poche des corpuscules de formes et d'apparence variées: ce sont de petits fragments de caillots un peu décolorés, peu résistants, qui, plus tard, deviennent blancs, élastiques, plus durs, d'apparence fibro-cartilagineuse, plus fermes à la superficie qu'au centre, mais se laissant presque toujours écraser avec les doigts. La forme en est très-variable; le volume varie ordinairement d'un grain de millet à un pepin de poire. Ce sont des concrétions fibrineuses qui ont été divisées, régularisées et durcies de plus en plus par les frottements de la partie.

L'épanchement sanguin peut se résorber dans les deux ou trois premiers septénaires. Si ce travail ne s'est pas accompli, on trouve à l'endroit de la bourse séreuse une tumeur qui présente des caractères différents selon la nature du produit qu'elle contient: si c'est du sang liquide ou de la bouillie couleur chocolat, la tumeur est molle, peu rénitente, irrégulière, pourvue d'une fluctuation obscure; elle est flasque, spongieuse, lorsqu'elle renferme du sang coagulé. Lorsqu'on sent sous les doigts une espèce de crépitation sourde, de frottement de grains de riz à moitié cuits, on est certain que la tumeur contient des grumeaux d'albumine.

Traitement. Au début, il convient de favoriser la résorption de l'épanchement sanguin par l'emploi de topiques résolutifs et la compression méthodique. On obtient ainsi quelquefois une guérison complète. Si, après un certain temps, la tumeur n'a pas diminué de volume, il faut l'inciser, en évacuer le contenu et panser à plat, pour obtenir une guérison par suppuration.

ARTICLE II.

Inflammation des bourses séreuses sous-cutanées.

Cette inflammation est, la plupart du temps, la conséquence d'une blessure de la poche; elle peut encore se développer à la suite de pressions fortes, de froissements exercés sur une région pourvue de ces organes.

Elle est caractérisée par une tumeur qui a son siège dans une région présentant une bourse muqueuse *normale* ou *anormale*, assez bien circonscrite, peu volumineuse, avec rougeur et chaleur de la peau, douleur plus ou moins vive et gêne dans les fonctions du membre. Elle se termine, soit par résolution, ce qui est assez rare, soit par suppuration. Dans le dernier cas, que la tumeur s'ouvre spontanément ou qu'elle soit ouverte par le bistouri, elle laisse écouler un liquide formé à la fois de pus et de synovie. Si l'ouverture est assez large pour permettre l'évacuation de tout le produit

renfermé dans la poche, les parois du foyer se rapprochent, et la cicatrisation se fait rapidement. Si, au contraire, l'ouverture est petite et que le liquide sécrété par la face interne du kyste ne s'écoule que difficilement, il se forme un trajet fistuleux; quelquefois l'inflammation s'étend au delà des limites de la bourse séreuse, elle se propage dans le tissu cellulaire environnant, et offre les caractères du phlegmon diffus. D'autres fois, l'inflammation peut s'étendre du côté de l'articulation voisine, et donner lieu à des arthrites fort graves.

L'inflammation d'une bourse muqueuse pourrait être confondue avec le phlegmon simple. Le siège spécial de la phlegmasie dans une région pourvue d'une bourse muqueuse, la circonscription et la forme arrondie de la tumeur, la rougeur moins intense de la peau qui la recouvre, une demi-mollesse apparaissant de très-bonne heure dans la tumeur, à cause de l'hypersécrétion du liquide qui s'y accumule, sont autant de caractères qui permettent d'arriver à un diagnostic différentiel.

Combattre la phlegmasie au début par des antiphlogistiques, sangsues, cataplasmes émollients; inciser la tumeur dès que le pus y est formé; agrandir l'ouverture si elle n'est pas assez large, telles sont les indications à remplir pour guérir cette maladie.

ARTICLE III.

De l'hygroma.

L'hygroma est l'hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées.

Causes. Cette affection se développe sous l'influence de chocs et surtout de froissements répétés exercés sur une région du corps pourvue d'une bourse muqueuse. Elle se montre le plus souvent au devant de la rotule, chez les individus qui, par leur profession ou par leurs habitudes, sont forcés de s'agenouiller : les couvreurs, les carriers, les parqueteurs, les blanchisseuses, les religieux, etc.

Anatomie pathologique. Le contenu de la poche est, en général, un liquide onctueux, filant, transparent, semblable à la synovie; quelquefois c'est de la sérosité pure ou mélangée de flocons albumineux; ou bien encore c'est un liquide de couleur variable, contenant une quantité plus ou moins considérable de concrétions analogues à celles que l'on rencontre dans les kystes synoviaux tendineux (*voyez plus loin*). Le contenant ou les parois de la poche ne présentent aucune altération au début; plus tard, elles deviennent plus épaisses et offrent la consistance du tissu fibreux ou du fibro-cartilage; parfois la face interne de la poche est revêtue d'une fausse membrane.

Symptômes. L'hygroma prérotulien, que nous prendrons pour type de la description, se présente sous la forme d'une tumeur dont le volume varie depuis une noix jusqu'à une orange, qui peut même acquérir des dimensions plus considérables; cette tumeur, très-bien circonscrite de toutes parts, est rénitente, élastique, fluctuante; elle n'occasionne aucune douleur, soit spontanément, soit à la pression; elle gêne simplement le malade,

parce qu'elle est un obstacle à l'exercice des mouvements du membre; la peau qui la recouvre est mobile ou légèrement adhérente, sans rougeur ni chaleur. Lorsque la tumeur a acquis un grand volume, que les parois n'en sont pas très-épaisses, et que le liquide qu'elle renferme est incolore, on peut en constater la transparence comme dans l'hydrocèle.

Dans un hygroma prérotulien que j'ai opéré récemment, la tumeur était formée d'une partie principale, située au devant de la rotule et circonscrite par les limites normales de la bourse prérotulienne, et d'une portion accessoire située à la partie inférieure et externe de la cuisse, sous forme d'un bourrelet transversal. Les deux portions communiquaient ensemble. Le malade attribuait cette disposition anormale à la perforation des parois de la bourse prérotulienne, par la pointe du trocart, dans une tentative opératoire faite quelques semaines auparavant.

L'hygroma se termine rarement par résolution; lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, la tumeur augmente de volume. La poche, considérablement distendue, peut se rompre, soit à l'extérieur, soit sous la peau; dans ce dernier cas, le liquide s'infiltré dans le tissu cellulaire ambiant et se résorbe; puis la tumeur disparaît définitivement ou se reproduit. Dans quelques cas, l'hygroma reste stationnaire, après avoir atteint un certain volume; dans d'autres, enfin, les parois de la poche s'enflamment, et il se forme du pus qui se mélange avec le liquide du kyste.

Diagnostic. L'hygroma est facile à reconnaître : le siège de la tumeur, sa circonscription exacte, son développement lent, sa rénitence, sa mollesse, la fluctuation, l'intégrité des téguments, ne sauraient donner lieu à une erreur. En admettant que l'épaississement considérable des parois s'opposât à la perception de la fluctuation, et que l'on crût à l'existence d'une tumeur solide, tout embarras disparaîtrait après une ponction exploratrice avec un trocart.

Pronostic. Traitement. C'est une affection peu grave, dont il est facile de guérir le malade par l'un des moyens suivants :

Lorsque la tumeur est récente, que les parois en sont minces, on parvient quelquefois à la faire disparaître par l'application de topiques résolutifs, notamment de gros vin avec addition de chlorhydrate d'ammoniaque; ou bien encore en faisant pratiquer sur la tumeur des onctions avec la pommade mercurielle ou avec la pommade à l'iodure de plomb. Des vésicatoires volants et une compression méthodique exercée sur la poche fournissent également ce résultat. Lorsque ces moyens échouent, on peut employer l'écrasement de la tumeur, dont nous reparlerons à l'histoire des kystes synoviaux tendineux (p. 239), ou une ponction suivie d'une injection de liquide irritant (teinture d'iode étendue de trois à six fois son poids d'eau) dans l'intérieur du kyste. Lorsque la tumeur est volumineuse, que les parois en sont épaisses, il faut l'inciser et, après avoir fait écouler le liquide, y introduire une mèche de charpie, pour provoquer une inflammation suppurative et la formation d'une membrane granuleuse. Enfin, quand l'hygroma a des parois fibro-cartilagineuses, il est préférable d'exciser une portion de la paroi superficielle de la tumeur et de panser à plat; cette méthode nous semble

préférable à l'*extirpation* totale de la tumeur, opération quelquefois longue, laborieuse et qui expose à des inflammations graves.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES MUSCLES, DES TENDONS ET DES BOURSES SÉREUSES DES TENDONS.

ARTICLE I.

Blessures des muscles.

Les lésions traumatiques des muscles sont des plaies, des contusions et des ruptures sous-cutanées.

1° Les PLAIES des muscles présentent des différences relatives à la nature de l'instrument vulnérant et surtout à la direction de la solution de continuité. Les plaies *transversales* et *complètes* d'un muscle sont suivies d'un écartement considérable dû à la rétraction des deux bouts; les plaies *longitudinales* ne présentent pas d'écartement. Dans les plaies transversales, on favorise la cicatrisation, en plaçant le membre dans une situation telle, que le muscle blessé soit dans le plus grand état de relâchement; dans les plaies longitudinales, on suit une indication opposée.

2° Si la CONTUSION est peu violente, le muscle contus est le siège de quelques tressaillements; pendant un certain temps, il demeure dans un état d'atonie ou de contracture, son énergie est un peu diminuée, et, au bout de quelques jours, ces phénomènes ont complètement disparu. Si, au contraire, la contusion est violente, on observe la rupture, l'écrasement de quelques faisceaux musculaires, parfois la rupture de petits vaisseaux qui donnent lieu à un épanchement de sang plus ou moins considérable. D'ordinaire ce sang se résorbe; d'autres fois on voit se former un abcès. La contusion des muscles peut en produire la paralysie, et par suite la dégénérescence graisseuse.

3° RUPTURES DES MUSCLES. Elles sont la conséquence d'un effort violent; on les a observées au tronc, sur le grand droit antérieur de l'abdomen, les muscles des gouttières vertébrales, le *psaos iliaque*; au cou, sur le *sterno-mastoidien*; aux membres, sur le *delfoïde*, le *biceps brachial*, le *coururier*, les *jumeaux*, le *crural antérieur*, etc.

La rupture est tantôt complète, tantôt incomplète; dans ce dernier cas, elle intéresse une portion plus ou moins étendue du muscle. Immédiatement après la rupture, les deux bouts du muscle obéissant aux lois de la tonicité, s'écartent l'un de l'autre, et dans leur intervalle s'épanche une certaine quantité de sang. Sous l'influence de l'inflammation qui succède à

toute division des parties vivantes, il s'y dépose plus tard de la lymphe plastique qui s'organise et forme une cicatrice propre à rétablir la continuité de l'organe blessé.

Au moment où un muscle se rompt, les malades ressentent un bruit de craquement analogue à celui que produirait la rupture d'une corde fortement tendue et une douleur très-vive, que l'on a comparée à un coup de fouet, de pierre ou de bâton. Les mouvements départis au muscle dans l'état normal sont abolis; au niveau du point correspondant à la rupture, existe une dépression, qui augmente lorsqu'on place le membre dans une situation telle, que le muscle est allongé, qui diminue au contraire par le relâchement de l'organe. Enfin, une ecchymose, conséquence nécessaire de l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire environnant, se montre quelques jours après l'accident.

Les ruptures des muscles se terminent en général par une guérison prompte; l'organe blessé reprend, au bout de quelque temps, l'intégrité de ses fonctions. Il est rare que cette lésion soit suivie d'une inflammation suppurative.

Les indications à remplir ressortent suffisamment du tableau que nous venons de tracer: il faut favoriser la cicatrisation du muscle, en le mettant dans le plus grand relâchement possible, c'est-à-dire, en donnant au membre une situation telle, que les deux bouts du muscle soient rapprochés, et en maintenant cette situation au moyen d'un bandage approprié. On peut également rendre cette coaptation plus intime, en exerçant sur toute l'étendue du membre une compression méthodique à l'aide d'un bandage roulé.

Nous rapprochons de la lésion précédente l'affection désignée sous le nom de *tour de reins* ou de *LUMBAGO*; maladie qui consiste, soit dans une contraction violente de la masse musculaire des lombes, soit dans la rupture de quelques fibres de cette masse musculaire. Elle résulte d'un violent effort accompli pour soulever un fardeau, ou d'un redressement brusque du tronc. Elle est caractérisée par une douleur très-vive dans la région dorsale inférieure, augmentant encore, mais beaucoup moins, par la pression. Il suffit, pour la guérir, de prescrire le repos absolu pendant quelques jours, et d'appliquer sur la région malade quelques sangsues ou quelques ventouses scarifiées.

ARTICLE II.

Blessures des tendons.

1° Les PLAIES des tendons sont de simples piqûres ou bien, au contraire, des sections longitudinales, obliques, transversales. Les trois premières espèces de solutions de continuité ne présentent qu'un intérêt secondaire. Il n'en est pas de même des *sections transversales*: celles-ci sont incomplètes ou complètes. Dans ce dernier cas, les deux bouts du tendon s'écartent l'un de l'autre, et cet écartement est d'autant plus considérable que