

le camphre, le tabac, le soufre, le mercure, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, ont été mis en usage, mais sans résultat favorable.

Le seul traitement curatif est chirurgical : on peut inciser la tumeur, ou bien, dans les cas simples, attendre que le ver s'ouvre spontanément une issue au dehors. Voici alors le conseil donné par Clot-bey dont l'expérience est sur ce point très-grande : « Aussitôt qu'une partie de la filaire se présente, il faut la lier avec un fil de soie qu'on attache à un petit cylindre de diachylon, autour duquel on roule le ver en exerçant des tractions modérées jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance ; les deux extrémités du rouleau sont aplaties et servent à le fixer au voisinage de l'abcès, sur lequel on applique un plumasseau enduit de cérat, ou un cataplasme émollient. A chaque pansement, on fait de nouvelles tractions, et l'on continue jusqu'à la sortie de l'animal. La filaire est extraite ordinairement après huit, quinze et vingt jours, quelquefois en peu d'heures, quelquefois aussi elle demande un mois et six semaines. »

Clot-bey conseille l'application d'un bouton de feu quand le dragonneau produit des douleurs atroces accompagnées de crampes et de convulsions que ne peuvent calmer les antiphlogistiques, les antispasmodiques, ni les narcotiques les plus actifs.

De larges débridements et des incisions profondes sont indiqués dans les cas où la rupture de la filaire causerait des accidents phlegmoneux graves.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES BOURSES SÉREUSES.

On désigne sous le nom de *bourses séreuses* de petites cavités membraneuses situées dans le tissu cellulaire, dont la face interne est humectée d'un liquide onctueux, et qui servent à faciliter certains mouvements normaux ou anormaux des téguments ou des tendons. On en distingue deux espèces : les *bourses séreuses sous-cutanées* et les *bourses séreuses des tendons et des aponévroses*. Nous conserverons cette division dans l'étude que nous allons faire des maladies de ces cavités normales ou accidentelles.

ARTICLE PREMIER.

MALADIES DES BOURSES SÉREUSES SOUS-CUTANÉES.

L'anatomie normale et l'anatomie pathologique des bourses séreuses se confondent si souvent, qu'il nous paraît indispensable de faire précéder cet article de quelques considérations générales sur l'anatomie de ces cavités.

Les bourses séreuses sous-cutanées sont des espaces clos, obonds, le plus souvent multiloculaires, divisés par des cloisons incomplètes, et qui

semblent formés par la dilatation d'une aréole du tissu cellulaire. Cette définition, qui s'applique à la plus grande partie des bourses séreuses sous-cutanées, souffre toutefois quelques exceptions. Ainsi, certaines de ces bourses sont représentées par une cavité parfaitement lisse à l'intérieur ; d'autres fois cette cavité est traversée par des brides arrondies et isolées de toutes parts ; dans d'autres cas, enfin, chaque cavité principale se subdivise en loges secondaires qui n'ont point ensemble de communication réelle.

Ces bourses séreuses varient de volume et les plus grandes peuvent atteindre jusqu'à 5 centimètres de diamètre. Elles sont circonscrites par des parois tantôt épaisses, tantôt très-amincies ; celles qui sont formées par pression de dehors en dedans ont des parois plus résistantes que celles qui sont dues à un frottement des os sous la peau. La minceur des bourses séreuses dans ce dernier cas explique comment on peut, par une forte insufflation, faire passer l'air de leur cavité dans le tissu cellulaire environnant, tandis qu'on ne le peut point dans le premier cas. Aussi, grâce à cette laxité des parois, les phlegmasies de ces bourses se transmettent avec facilité au tissu cellulaire ambiant. La paroi profonde des bourses séreuses est toujours moins résistante que la superficielle, et lorsqu'elle se trouve sur le passage des tendons, elle se continue quelquefois avec les gaines séreuses de ces derniers.

Les bourses séreuses ne sont pas abondamment pourvues de vaisseaux sanguins capillaires, mais on rencontre souvent de petites artères qui rampent dans le feuillet interne de la poche et peuvent être facilement rompues par les moindres contusions.

Les bourses sous-cutanées normales se trouvent presque toutes du côté de l'extension des membres et du tronc ; d'autres, en petit nombre, ont leur siège sur les parties latérales, et quelques-unes seulement se voient du côté de la flexion. La peau n'offre souvent rien de caractéristique au-dessus des bourses séreuses normales, à moins que des pressions fréquentes et longtemps prolongées ne soient venues ajouter leur action à celle qui s'exerçait de dedans en dehors.

Il y a, comme nous l'avons dit, deux sortes de bourses séreuses sous-cutanées, les unes normales et les autres accidentellement produites par la répétition des mêmes mouvements dans l'exercice de certaines professions.

Les bourses sous-cutanées accidentelles apparaissent sur toutes les parties du corps. Celles que l'on a observées jusqu'à présent se sont développées à la suite de pressions sur la peau, de l'extérieur à l'intérieur.

C'est dans la peau, et surtout dans l'épiderme qui recouvre les bourses séreuses accidentelles, qu'on remarque des changements d'autant plus utiles à noter, qu'il y a souvent là, comme on le voit aux pieds, une cause de plusieurs des maladies qui se développent dans ces cavités. Le derme s'épaissit ainsi que l'épiderme, qui se trouve alors constitué par plusieurs lames superposées, et qui acquiert parfois un degré de dureté assez con-

sidérable. Cependant la peau qui recouvre ces bourses séreuses accidentelles jouit d'une grande mobilité.

Pour compléter ce que nous venons de dire sur l'anatomie des bourses séreuses, il ne nous reste plus qu'à faire l'énumération des principales bourses sous-cutanées normales et anormales. Nous emprunterons en partie cette énumération à la thèse de Padiou (*Thèse de Paris, 1837*).

On trouve des *bourses séreuses normales* dans les endroits suivants :

1° *Tête et cou.* — Derrière l'angle de la mâchoire inférieure, sur le bord inférieur de la symphyse du menton, sur l'angle du cartilage thyroïde. Verneuil a découvert dans la joue, autour de la boule graisseuse qu'elle renferme, une véritable bourse séreuse qui trouve sa raison d'être dans la grande mobilité de ce peloton adipeux qui se déplace d'une quantité assez considérable à chaque mouvement de mastication (*Bulletins de la Société anatomique, 1837, p. 170*). Cette bourse séreuse va souvent rejoindre une autre bourse située au voisinage de l'apophyse coronoïde et communique avec elle.

2° *Membre thoracique.* — Sur l'acromion, sur l'épitrachée, sur l'épicondyle, sur l'olécrane, sur l'apophyse styloïde du radius, sur l'apophyse styloïde du cubitus, sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes, sur la face dorsale des articulations des doigts, sur la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes.

3° *Membre abdominal.* — Sur l'épine iliaque antéro-supérieure, sur le grand trochanter, sur l'ischion, sur la moitié inférieure de la rotule, sur l'angle supéro-externe de la rotule, sur chaque tubérosité condylienne du fémur, sur la tubérosité du tibia, sur la malléole interne, sur la malléole externe, sous le calcanéum, sur la face dorsale des articulations des orteils, sous la face plantaire de la tête du cinquième métatarsien, sous la face plantaire de la tête du premier métatarsien.

Les *bourses séreuses accidentelles* se rencontrent plus particulièrement dans certains endroits :

1° *Tronc.* — Sur l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, sur le sommet des gibbosités, sur la face externe du muscle grand dorsal, à la face postérieure du sacrum, à l'union des cornes sacrées et coccygiennes (1), sur le devant du sternum des menuisiers.

2° *Membre thoracique.* — Sur la partie postérieure du cubitus gauche, sur la face postérieure du deuxième métacarpien droit, sur la face postérieure du cinquième métacarpien droit (toutes trois chez les ouvriers en papiers peints).

3° *Membre abdominal.* — Sur la face externe de la cuisse, sur la face antérieure de la cuisse, sur la malléole externe chez les tailleurs; sur la face dorsale du scaphoïde, sur la face plantaire du scaphoïde, sur le cou-de-pied au-dessus de l'articulation tarso-métatarsienne, chez des individus qui portent des chaussures dont le bord, comme dans les sabots, vient

(1) Luschka, *Die bursa mucosa sacralis* (*Zeitschrift für ration. Medicin*, Bd. VIII, 1856.)

frotter sur ce point; sur la saillie des pieds bots, sur la face interne de la tête du premier métatarsien, dans la difformité connue sous le nom d'*oignon*; sur la face externe de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, sur la face externe de l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, sur le moignon des amputés; enfin au-dessous de certaines tumeurs.

La difformité du pied connue sous le nom d'*oignon* (fig. 21) est une affection complexe dans laquelle une bourse séreuse joue un rôle important. On sait comment le gros orteil s'incline en dehors chez les individus dont la pointe du pied est comprimée dans une chaussure trop étroite. La peau qui recouvre alors la tête du premier métatarsien, pressée entre l'os et l'empaigne du soulier, s'épaissit dans son derme comme dans sa couche épidermique, et donne lieu à une tumeur au-dessous de laquelle se trouve une bourse séreuse large de 1 à 2 centimètres. La face profonde de cette bourse repose sur le ligament latéral interne, et communique quelquefois par une petite ouverture avec la capsule articulaire.



FIG. 21. — Fistule de la bourse muqueuse au niveau de la tête du premier métatarsien, dans la difformité connue sous le nom d'*oignon*.

Telles sont la plupart des bourses séreuses, normales et accidentelles, utiles à connaître pour le chirurgien; mais il est facile de concevoir qu'il puisse s'en produire de nouvelles sous l'influence de certains travaux manuels qui nécessitent des frottements répétés sur un même point. Aussi le siège de certaines bourses séreuses sur les mêmes points, chez des ouvriers de la même profession, peut-il servir quelquefois à décider, en médecine légale, la question d'identité d'un individu.

HISTORIQUE. — C'est vers la fin du siècle dernier que les maladies des bourses séreuses ont commencé à être connues. Avant cette époque, on n'avait rapporté que des faits isolés de ces lésions, sans aucune notion anatomique certaine sur ces poches. C'est à ce point de vue qu'il faut apprécier quelques observations de Ledran (1731), de de la Mothe (1771), de Saviard (1784). Camper fit faire un grand pas à la question en étudiant à l'état sain quelques-unes de ces bourses, comme celles du genou et du coude, dans un mémoire où il parle aussi de leur hydro-pisie (1). A ce moment, les travaux se succédèrent sur ce sujet, et aujourd'hui on consulte encore avec profit les livres d'Alexandre Monro (2) et

(1) *Histoire et Mémoires de la Société royale de médecine*, 1784, p. 145.

(2) *A Description of all the bursæ mucosæ of the Human Body*, etc. Edimbourg, 1788. — On consultera avec avantage ce livre dans l'édition qu'a donnée J. Ch. Rosenmuller, sous le titre: *Alex. Monro, Icones et descriptiones bursarum muccosarum*, etc. Leipzig, 1799.

d'Herwig (1), publiés alors. Depuis le commencement de ce siècle, la plupart des travaux importants sur les bourses séreuses sous-cutanées ont été publiés en France, et la littérature chirurgicale étrangère est très-peu riche sur ce sujet. Voici d'ailleurs les principaux ouvrages à consulter :

ASSELIN (Michel), *Considérations sur les tumeurs des bourses ou capsules muqueuses du genou, et sur le traitement de quelques ulcères fistuleux* (thèse de Strasbourg, an XI, 1803). — BRODIE, *Pathological and Surgical Observat. on the Diseases of the Joints*, 5^e édit. London, 1850 (la première édition traduite en français par L. Marchand : *Traité des maladies des articulations*, Paris, 1819). — VELPEAU, *De la contusion dans tous les organes* (thèse de concours, 1833). — IDEM, *Recherches anat., phys. et pathol. sur les cavités closes*, Paris, 1843. — LENOIR, *Recherches sur les bourses muqueuses sous-cutanées de la plante du pied et sur leur inflammation* (*Presse médicale*, t. I, 1837, n^o 7, p. 49). — PADIEU, *Des bourses sous-cutanées et de leurs maladies* (thèse de Paris, 1839, n^o 41). — ASHTON, *On Corns and Bunions* [Sur les cors et les oignons] (*Medical Times*, septembre 1852, p. 232). — MASSOT, *Des kystes séreux ou hygromas profonds qui compliquent les tumeurs* (thèse de Paris, 1854). — LEUCHART, *Ueber die Entzündung der bursæ mucosæ præpatellares* [Sur l'inflammation des bourses muqueuses prérotuliennes] (*Verhandl. der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg*, Bd. VIII, 1857).

Nous étudierons successivement dans cet article : 1^o l'inflammation aiguë des bourses séreuses (*hygroma aigu*) ; 2^o l'inflammation chronique (*hygroma chronique*) ; 3^o les lésions traumatiques de ces bourses (*plaies, contusions, épanchements sanguins*).

§ I. — Inflammation aiguë des bourses séreuses. — Hygroma aigu.

Les bourses séreuses sont souvent le siège d'une inflammation aiguë qui s'accompagne d'un épanchement séreux ou purulent, sans qu'on puisse toujours établir quelque rapport entre la nature de l'épanchement et l'intensité de la phlegmasie.

ÉTILOGIE. — L'inflammation aiguë des bourses séreuses reconnaît ordinairement pour cause une violence extérieure. Mais il faut souvent, pour bien se rendre compte de cette origine, interroger avec soin le malade sur les habitudes de sa profession, et avoir présente à l'esprit la disposition des principales bourses séreuses normales ou accidentelles. Ainsi on ne s'expliquerait pas facilement la cause d'une phlegmasie aiguë dans une vaste bourse séreuse placée sur la gibbosité d'un bossu, cité par Chassaignac (2), si l'on ne savait pas que ce saltimbanque se faisait souvent donner, dans les tristes exercices de sa profession, un coup de latte sur cette gibbosité. Quelquefois la phlegmasie provient des parties voisines de la bourse séreuse. Ainsi l'angioleucite de la jambe ou de l'avant-bras donne

(1) *Dissert. de morbis bursarum mucosarum in capite et collo reperundis*. Wittemberg, 1793.

(2) *Traité pratique de la suppuration*, t. I, p. 263.

lieu, dans quelques cas, à une inflammation suppurative de la bourse prérotulienne ou olécranienne. On a vu la même maladie dans la bourse située devant la rotule succéder à un furoncle.

On rencontre, mais bien plus rarement, des hygromas aigus dans le rhumatisme articulaire, et l'on cite aussi, comme des faits exceptionnels, les cas où du pus se trouvait dans des bourses séreuses chez des individus qui avaient succombé à l'infection purulente.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le premier phénomène qu'on observe dans une bourse séreuse qui s'enflamme, c'est un épanchement de sérosité citrine qui augmente de beaucoup son volume. Cette partie tuméfiée est douloureuse ; la peau qui la recouvre rougit, et l'on ne tarde point à sentir une fluctuation des plus manifestes. Si l'épanchement augmente encore, la tumeur devient tendue et rénitente.

Cette inflammation localisée peut n'amener aucune réaction générale ; mais si la bourse séreuse est volumineuse comme celle du ligament rotulien, si la douleur est fort vive, on observe un état fébrile plus ou moins marqué.

La phlegmasie arrivée à cet état finit assez souvent par résolution. On voit alors la rougeur et la tension des parties diminuer en même temps que la douleur s'éteint. La suppuration est une terminaison moins heureuse, mais qui n'est pas rare. Le pus est alors mal lié, séreux, mêlé à des flocons albumineux, à des fausses membranes et quelquefois à des caillots sanguins, lorsque l'inflammation succède à quelque traumatisme.

Il est fort important pour le chirurgien de connaître les voies que peut parcourir le pus épanché dans les bourses séreuses, surtout dans celles qui avoisinent les articulations et les gaines tendineuses ; car cette connaissance apprend à éviter des accidents graves. Nous allons dire quelques mots de ce sujet.

L'inflammation des bourses séreuses se propage très-facilement au tissu cellulaire ambiant, même avant que la suppuration se soit formée dans ces cavités. De là l'origine de phlegmons diffus souvent fort sérieux et dont la cause échappe. Ainsi la plupart des phlegmons de cette espèce qui commencent à la partie postérieure du coude, sont la conséquence d'une inflammation aiguë, souvent traumatique, de la bourse séreuse olécranienne. Quand la suppuration s'est complètement formée, si l'on a été obligé de pratiquer des incisions dans la bourse séreuse et dans le tissu cellulaire du voisinage, on peut faire refluer le pus de la cavité séreuse dans le tissu voisin, et réciproquement. Dans des cas moins graves, c'est une angioleucite simple qui succède à la phlegmasie de la bourse séreuse.

Quelquefois le pus accumulé dans une bourse séreuse amincit peu à peu la paroi cutanée de la poche et se fait jour au dehors. On voit alors la partie qui avait une forme arrondie se développer en pointe comme dans un furoncle, jusqu'au moment où le pus s'ouvre une issue à l'extérieur. Si la maladie n'est point soumise à un traitement convenable,

BIBLIOTHECA
MUSEI HIST. NAT. MUSEI
MUSEI HIST. NAT. MUSEI

cette ouverture ne se ferme point, et l'on voit persister un orifice fistuleux, à bords durs, calleux, doués d'une mobilité assez grande.

Il faut craindre encore l'ouverture de ces collections de pus, soit dans les gaines tendineuses, soit dans une articulation. C'est au pied surtout qu'on observe ces terminaisons variées de la suppuration des bourses séreuses. Ainsi l'abcès qui se développe dans la bourse séreuse qu'on trouve à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil dévié (fig. 21) finit assez souvent, soit par une fistule, soit par une communication avec l'articulation voisine.

La suppuration des bourses séreuses accolées aux os peut amener la carie et est assez souvent confondue avec cette affection.

DIAGNOSTIC. — L'inflammation aiguë d'une bourse séreuse peut être prise pour un *phlegmon circonscrit* ; mais on l'en distinguera par le siège du mal et par la distension rapide de la partie dans laquelle se manifeste promptement de la fluctuation. Si l'on n'examine le malade qu'à l'époque où existe une fistule, on peut croire à une altération des os voisins. C'est en explorant avec soin, à l'aide d'un stylet, la cavité de la bourse séreuse, qu'on s'assurera de la non-existence d'une altération des os.

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces inflammations des bourses séreuses peut être sérieux, si la poche est très-voisine d'une articulation ou communique avec elle. D'autres circonstances peuvent encore donner de la gravité à ces lésions. Ainsi, quand un malade doit, dans les travaux de sa profession, exercer des frottements rudes sur la bourse séreuse enflammée, le pronostic s'aggrave notablement.

TRAITEMENT. — Au début, on peut combattre avec avantage cette inflammation par le repos de la partie malade et l'application de topiques résolutifs et froids. Si, malgré cela, les accidents continuent, il faut avoir recours aux applications de sangsues. Lorsque les accidents aigus ont disparu, si la résorption de la sérosité épanchée ne se fait pas facilement, on doit employer une compression méthodique et des vésicatoires volants.

Si l'on est convaincu de l'existence du pus, il ne faut point hésiter à lui donner issue au dehors par une assez large incision. Le pus évacué, la bourse séreuse se ferme quelquefois spontanément ; sinon, on cherchera à obtenir l'oblitération de la cavité en excitant la formation des bourgeons charnus par quelques topiques et même en cautérisant légèrement sa surface interne.

Les fistules qui succèdent aux inflammations des bourses séreuses guérissent quelquefois difficilement, surtout si les bords de la fistule sont épais, indurés et recouverts d'épiderme. On essayera d'abord la compression maintenue exactement pendant trois ou quatre jours à l'aide de bandelettes ; quelques injections irritantes pourront, à défaut de la compression, rendre ici un véritable service ; mais on a souvent besoin de recourir à l'incision de la fistule et à une cautérisation énergique de la

cavité. Enfin, dans des cas tout à fait rebelles, il faut pratiquer l'excision partielle du kyste, surtout vers ses bords indurés.

§ II. — Inflammation chronique des bourses séreuses. — Hygroma chronique.

On désigne sous ce titre une série de lésions chroniques dont les principales sont un épanchement de liquide dans la cavité séreuse et un épaississement considérable de cette poche, qui subit les altérations variées dont nous parlerons plus loin.

ÉTIOLOGIE. — L'hygroma chronique s'observe surtout au genou et au coude ; on en voit aussi, quoique plus rarement, dans d'autres régions où existent des bourses séreuses. Cet épanchement reconnaît pour cause la plus fréquente une pression habituelle sur une bourse séreuse normale ou anormale. Ainsi, on rencontre surtout l'hygroma chronique prérotulien chez les individus que leur profession ou des habitudes religieuses tiennent habituellement à genoux. Ce sont là des hygromas superficiels, mais on voit aussi des hygromas profonds qui compliquent parfois les tumeurs, comme Massot en a cité des exemples dans sa thèse. Bérard ainé a vu un fait qui explique bien ce genre de kystes : il trouva sur le cadavre d'un homme qui avait des deux côtés du cou une énorme tumeur encéphaloïde, s'appuyant sur la clavicule, une bourse séreuse qui, à droite comme à gauche, se réfléchissait de l'os sur la tumeur et aurait pu contenir du liquide (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les bourses séreuses dilatées chroniquement par de la sérosité acquièrent rarement un volume qui dépasse celui d'un œuf. Cependant on cite exceptionnellement des cas d'hygroma chronique très-volumineux, comme celui dont Courtin a présenté des fragments à la Société anatomique, et qui, développé au genou, avait la grosseur de la tête d'un enfant à terme (2). La forme de ces tumeurs est en général celle d'un hémisphère.

L'hygroma, arrivé à un certain degré de développement, n'augmente presque plus de volume, et peut persister fort longtemps à cet état, en subissant seulement quelques changements qu'il importe de connaître. Le plus remarquable de ces changements, c'est l'infiltration plastique des parois de la poche qui gagnent en épaisseur et en consistance.

La paroi de la bourse séreuse a quelquefois dans l'hygroma chronique conservé sa minceur et sa transparence primitives, mais le plus souvent elle est épaissie et opaque. Cet épaississement est dans quelques cas assez considérable pour laisser à peine de place à l'épanchement du liquide.

Si l'on recherche quelle est la constitution histologique de cette paroi, on y découvre une formation exagérée d'éléments fibro-plastiques à tous les degrés de développement, noyaux embryoplastiques, cellules fusi-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIII, p. 128.

(2) *Archives de médecine*, 1830, t. XXII, p. 514.