

ral, il n'existe que peu ou point de troubles fonctionnels ou de voisinage.

Les *emphysèmes généralisés* ou très étendus soulèvent la peau d'une façon démesurée et donnent lieu à d'étranges difformités : le tronc s'arrondit comme un tonneau, les membres prennent une forme cylindrique, le visage devient monstrueux, etc. ; l'infiltration gazeuse gagne les couches cellulaires profondes et apporte à l'accomplissement des diverses fonctions des obstacles souvent mortels.

L'*emphysème spontané*, heureusement très exceptionnel, a une signification fort grave ; ses symptômes se confondent avec ceux de la gangrène foudroyante.

Marche et pronostic. — Nous venons de signaler les dangers des emphysèmes généralisés et spontanés ; quant à l'emphysème circonscrit, et qui est de beaucoup le plus ordinaire, il se forme plus ou moins vite, se limite et disparaît, soit en quelques heures, soit en quelques jours, par la résorption de l'air épanché et la cicatrisation de la plaie ; son pronostic est donc bénin.

Diagnostic. — Il comprend deux points, il faut :

1° *Reconnaître l'existence de l'emphysème*, ce qui est facile, car ses caractères sont très tranchés (tuméfaction molle, indolente, crépitante, sonore et même transparente). La crépitation emphysémateuse ne sera pas confondue avec les crépitations pulmonaire, osseuse, tendineuse, sanguine, etc.

2° *Reconnaître son point de départ*, ce qui ne présente pas de difficultés ; ainsi l'emphysème s'est-il déclaré en même temps qu'une fracture de côtes, des os du nez, une plaie du larynx, de la trachée, etc., il est clair que l'infiltration gazeuse est produite par la déchirure de la muqueuse aérienne, etc.

Traitement. — Dans l'emphysème circonscrit, il faut : 1° *prévenir une nouvelle infiltration de gaz* dans le tissu cellulaire, en changeant la position du malade, en empêchant certains mouvements, en augmentant l'ouverture d'une plaie, etc.

2° *favoriser la disparition des gaz* infiltrés, soit par des frictions ou des compressions méthodiques, soit par des ponctions simples ou pratiquées avec un appareil aspirateur.

Lorsqu'à la suite d'un traumatisme on voit se déclarer un *emphysème spontané* avec imminence de gangrène, le pronostic présente la plus grande gravité ; on a conseillé de recourir à l'amputation du membre blessé, en même temps que par des boissons toniques et stimulantes on chercherait à relever l'état général du blessé.

4. — OEDÈME.

On donne le nom d'*œdème* à une infiltration de sérosité albumineuse dans les mailles du tissu cellulaire.

Pathogénie. — Les œdèmes peuvent, au point de vue de leur pathogénie, se diviser en deux groupes : A. *Œdèmes par excès de tension du sang* ; B. *Œdèmes par altération du sang*.

A. *Œdèmes par excès de tension du sang.* — Lower et Bouillaud démontrèrent, il y a longtemps déjà, que la plupart des œdèmes se rattachent à un excès de tension du sang, de telle sorte que les parois vasculaires, ne pouvant résister à cette pression, laissent filtrer les parties les plus fluides de ce liquide.

C'est ainsi que se produisent les œdèmes consécutifs à toutes les *obstructions veineuses* (phlébites, thromboses ou phlegmatia alba dolens), aux *maladies du cœur* arrivées à la période d'asystolie, aux *cirrhoses hépatiques* ¹.

C'est encore aux troubles de l'innervation vaso-motrice et,

1. Si l'œdème ne survient pas constamment dans ces circonstances et si l'on peut, sur un animal, lier une veine sans déterminer l'œdème de son territoire, cela tient à ce que, dans ces cas, la circulation est assez active pour empêcher la tension sanguine d'atteindre les limites au delà desquelles se produit l'œdème ; cela est si vrai, que si, à l'exemple de Rauvier, on vient chez un animal auquel on a lié une veine sans qu'il en soit résulté de l'œdème, on vient, dis-je, à sectionner les nerfs vaso-moteurs qui animent l'artère correspondante, l'œdème apparaît, car l'artère paralysée se dilate, reçoit plus de sang et par suite la tension de ce liquide est accrue. — En réalité, l'excès de pression qui produit l'œdème peut survenir de deux façons, soit parce que les voies d'écoulement (veines) sont obstruées, soit parce que les tuyaux d'apport (artères) sont paralysés et se laissent dilater ; ainsi s'explique l'œdème des membres paralysés.

par conséquent, à l'excès de tension du sang que doivent être attribués les œdèmes observés parfois sur les membres paralyés.

L'œdème se produit au début des phlegmons et sur le pourtour des inflammations diverses ; on le nomme œdème inflammatoire. Il se rattache aussi à l'excès de tension du sang dans les vaisseaux et à l'atonie des parois vasculaires. L'œdème s'observe encore dans les lymphangites ; d'après Rindfleisch, Virchow, ce serait un œdème purement inflammatoire.

B. *Œdèmes par altération du sang.* — Les œdèmes que l'on observe dans les cachexies, le mal de Bright, les anémies, se rattachent à l'hypo-albuminose du sang, à son défaut de viscosité, à sa fluidification, etc. ; mais leur étude appartient à la médecine (Voy. ma *Path. générale*, p. 129).

Anatomie pathologique. — A la coupe, le tissu cellulaire œdématié se présente sous l'aspect d'une masse gélatineuse, tremblotante, traversée par des tractus d'un blanc jaunâtre (fibres conjonctives et cellules adipeuses) et par des traînées rouges (vaisseaux). Nous allons étudier : 1° le liquide infiltré ; 2° les mailles du tissu cellulaire entre lesquelles il s'est logé ; 3° les altérations consécutives de la peau.

1° Le liquide infiltré est transparent, albumineux, contenant quelques leucocytes ; il ne se coagule pas au contact de l'air, à moins qu'il ne s'agisse d'un œdème inflammatoire, auquel cas il se coagule, car alors, mais alors seulement, il contient une substance fibrinogène (Ranvier et Cornil).

2° Les faisceaux du tissu conjonctif sont isolés les uns des autres par la sérosité ; mais ils conservent leur rétractilité, ce qui explique l'écoulement facile et persistant de la sérosité par les piqûres que l'on pratique sur les parties œdématiées.

3° La peau des régions depuis longtemps œdématiées présente des altérations bien étudiées par Renaut, elles se rapprochent des altérations de l'érysipèle et de l'éléphantiasis : la peau est épaisse et contient beaucoup de leucocytes, les uns groupés autour des vaisseaux sanguins, d'autres gorgeant les lymphatiques, d'autres encore disposés en petits îlots dans

l'épiderme : plus tard la peau s'enflamme¹, rougit, s'infiltré de cellules embryonnaires et d'exsudats inflammatoires ; plus tard encore les lymphatiques se dilatent, etc.

Ces données intéressantes expliquent la prédisposition spéciale que présente la peau des régions œdématiées aux inflammations érysipélateuses et aux angioleucites en réseau, inflammations survenant à l'occasion de mouchetures, d'une irritation quelconque ou même sans cause appréciable.

Symptômes. — L'œdème proprement dit et l'œdème inflammatoire présentent sous tous les rapports des différences qui doivent les faire étudier isolément.

1° *Œdème proprement dit.* La peau, soulevée par la sérosité, présente une teinte d'un blanc mat, parfois légèrement luisante ; elle est molle, pâteuse et conserve l'impression du doigt ; cependant, dans les régions où le tissu cellulaire est très serré, ou bien lorsque l'œdème infiltre la peau elle-même, les téguments sont très durs (*œdème dur*).

Les parties œdématiées sont froides ; elles présentent çà et là des marbrures blanches, au niveau desquelles les téguments s'éraillent et laissent filtrer la sérosité, malheureusement ces fissures (même spontanées) sont souvent le point de départ d'érythèmes et d'érysipèles à tendance gangréneuse.

Dans certains œdèmes de longue durée, la peau devient dure, épaisse, mamelonnée et prend un aspect éléphantiasique ; quand on la pique, il s'en écoule une sérosité coagulable à l'air, et sur des coupes conservées dans l'alcool on peut constater l'énorme développement de son réseau lymphatique : c'est la leucophlegmasie de Virchow et la pachydermie lymphogectasique de Rindfleisch.

2° *L'œdème inflammatoire*, résultat d'une véritable exsudation de lymphe fibrineuse, donne lieu à une tuméfaction rosée, dure et un peu chaude ; il est en quelque sorte le premier degré du phlegmon.

¹ Ainsi qu'on a si fréquemment lieu de l'observer chez les individus atteints d'œdèmes par lésion cardiaque.

La marche, la durée, le pronostic de l'œdème se trouvent entièrement subordonnés à ses causes.

Diagnostic. — Il doit répondre à deux questions ; il faut :

1° *Reconnaître l'existence de l'œdème*, ce qui est facile grâce à la tuméfaction pâle, molle et pâteuse des parties œdématisées ; cependant l'œdème inflammatoire, dur, rose et chaud, ressemble au premier degré du phlegmon et ne s'en distingue guère que par sa marche.

2° *Déterminer sa cause*. Pour cela, si l'œdème est bien circonscrit, on recherchera s'il existe une phlébite, une obstruction veineuse ; dans les œdèmes plus généralisés, on examinera le cœur, le foie, les urines (urines albumineuses, etc.), l'état anémique ou cachectique (Voy. ma *Path. générale*).

Traitement. — Il présente deux indications : 1° *Combattre la cause de l'œdème* ; cette indication ne peut qu'être signalée.

2° *Favoriser la résorption ou l'évacuation du liquide épanché*. — Pour faciliter la résorption du liquide, on élève la région œdématisée, on la comprime légèrement, on peut encore y faire des lotions froides et excitantes, en se rappelant la prédisposition spéciale que présentent ces téguments à être envahis par l'érysipèle.

Pour évacuer le liquide épanché on peut, dans certains cas pratiquer quelques mouchetures, éloignées les unes des autres, et avec une asepsie rigoureuse, car plus encore que les frictions, elles ouvrent la porte aux érysipèles gangréneux.

5. — TUBERCULES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX. FIBROME SOUS-CUTANÉ.

On donne ce nom à de petites tumeurs fibreuses, arrondies, généralement sous-cutanées, qui sont le point de départ de douleurs fort vives.

Pathogénie. — On ignore les causes de ces fibromes ; ils sont plus communs chez les femmes que chez les hommes, et on les observe surtout dans l'âge adulte.

5. — TUBERCULES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

Ces tumeurs se rapprochent beaucoup des névromes par leur forme, leurs dimensions et surtout par les douleurs qu'elles occasionnent ; mais elles s'en distinguent par leur siège dans le tissu cellulaire, sans connexion avec des troncs nerveux, et surtout par leur composition, puisqu'elles sont formées par du tissu fibreux au lieu d'être le résultat d'une prolifération des éléments nerveux ¹. — C'est Wood qui, en 1812, en a donné le premier une bonne description.

Anatomie pathologique. — Les tubercules douloureux se rencontrent presque exclusivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et c'est pour ce motif que nous en donnons ici la description. La jambe est leur siège habituel.

Il n'existe ordinairement qu'un seul tubercule, bien qu'on ait pu en rencontrer deux ou trois chez le même individu ; il est à peu près rond, facile à déplacer comme le serait une adénite, avec laquelle on ne saurait le confondre, puisqu'il est douloureux et se développe dans des régions dépourvues de ganglions : plus tard, la peau qui le recouvre peut devenir tendue et luisante.

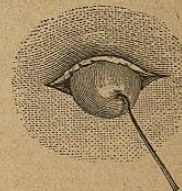


Fig. 4. — Fibrome sous-cutané au moment où on l'extrait d'une incision pratiquée à la peau.

Enulée, ce tubercule a l'aspect d'une petite boule (fig. 4), dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un haricot ; sa couleur est d'un blanc jaunâtre, il crie sous le scalpel ; au microscope, on reconnaît qu'il est formé par du tissu fibreux dont les filaments sont souvent disposés en couches concentriques ; mais on n'y trouve souvent aucun élément nerveux, ce qui le distingue du névrome.

Symptômes. — Le tubercule douloureux présente deux caractères qui en rendent le diagnostic très simple : 1° *Tumeur*

1. On est, de nos jours, disposé à croire que ces tumeurs n'ont pas toutes la même texture et que, en général, fibreuses et isolées des parties voisines par une coque fibro-celluleuse, elles peuvent cependant être composées de tissu graisseux, musculaire ou même nerveux. Broca a même été jusqu'à dire que c'est le malade plutôt que la tumeur qui est irritable : ce qui d'ailleurs est loin d'être prouvé.

du volume d'un pois environ, située dans le tissu cellulaire sous-cutané; 2° douleurs fort vives, parfois intolérables, partant de la tumeur pour s'irradier dans divers sens, et cela sans rapport avec la distribution d'un nerf

Le fibrome peut rester longtemps indolent, puis tout à coup, soit spontanément, soit à l'occasion d'un choc, même fort léger, les douleurs apparaissent; elles surviennent souvent par paroxysme, augmentent par la pression exercée sur le fibrome et peuvent devenir intolérables. D'ordinaire, dès que la tumeur est extirpée, les douleurs disparaissent, immédiatement ou en peu d'instants, ce qui prouve qu'elles sont étroitement liées au tubercule; il est difficile de s'expliquer la cause de ces douleurs, puisque le fibrome est indépendant de tous les éléments nerveux, et que même la névrotomie, qui a été parfois pratiquée dans ces circonstances, est restée sans effet. Le développement du fibrome est fort lent, il ne récidive pas après l'extirpation.

Son pronostic n'est pas grave, car il ne compromet pas la santé générale, mais il peut rendre la vie insupportable: heureusement que l'extirpation le guérit complètement.

Diagnostic. — Le siège du fibrome sous-cutané ne permettra pas de le confondre avec un *névrome*, erreur qui serait d'ailleurs sans importance, puisque le même traitement leur est applicable.

Il y aurait bien plus d'inconvénients à croire à une *névralgie* ou à un *rhumatisme*, ce qui arrive parfois lorsque le fibrome est peu développé, car on ne pratiquerait pas le seul traitement efficace, c'est-à-dire l'extirpation de la tumeur; il est vrai que le malade appellera souvent votre attention sur l'existence du tubercule.

Traitement. — L'extirpation du tubercule sous-cutané est le seul traitement convenable; on tend la peau qui le recouvre et on le rend ainsi plus saillant; la peau est alors incisée et il est facile de saisir la tumeur avec une petite érigne et de l'énucléer; si la peau était très adhérente, il faudrait l'enlever

avec le fibrome, puis tenter la réunion immédiate, en rapprochant les lèvres de la plaie par quelques points de suture.

6. — FILAIRE DE MÉDINE. — DRAGONNEAU.

On donne le nom de filaire de Médine ou dragonneau à un ver que l'on rencontre dans le tissu cellulaire des régions superficielles du corps.

Ce ver ne se trouve que dans les climats chauds; il est endémique en Asie, en Afrique, au Sénégal et surtout à Médine (d'où lui vient son nom); en Europe on ne l'a rencontré que chez des individus arrivant des pays tropicaux.

Anatomie pathologique. — Une filaire adulte ressemble à une corde de violon; sa longueur varie de quelques centimètres à plusieurs mètres; elle est d'un blanc opaque et représente assez bien un long tube dont l'extrémité antérieure est mousse avec trois nodules arrondis, et dont l'extrémité postérieure est recourbée. Sa cavité est remplie d'une substance blanchâtre et pulpeuse, qui n'est autre chose qu'un amas de petits vers. Ainsi les œufs de la filaire éclosent dans le corps même de l'animal et les embryons s'y développent de façon à occuper tout le tube digestif. Ces embryons, introduits dans nos tissus, ne s'y développent pas; car, au préalable, ils doivent vivre quelque temps au dehors sous forme de larves. Il n'y a donc point à craindre la rupture de la filaire dans le tissu cellulaire, car les embryons, ainsi mis en liberté, ne peuvent se développer.

Robin a constaté qu'en plaçant ces larves dans une goutte d'eau qu'on laisse évaporer, elles se dessèchent, mais reprennent toute leur agilité lorsque, plusieurs heures après, on vient à les humecter¹.

Symptômes. — La larve de la filaire vit très probablement dans l'eau et elle s'introduit dans notre organisme directement à travers la peau; n'ayant qu'un centième de millimètre d'épaisseur il lui est facile de s'engager dans le conduit d'une glande sudoripare ou dans la gaine d'un poil; ce qui le prouve, c'est qu'on l'observe surtout aux membres inférieurs, chez les individus qui marchent pieds nus; dans l'Inde, au contraire, les porteurs d'eau ayant l'habitude de transporter ce liquide dans des sacs de cuir qu'ils char-

1. C'est cette expérience, qui a donné à Ed. About l'idée amusante de son livre intitulé: *L'homme à l'oreille cassée*.

gent sur leur dos, c'est là, et non sur les membres inférieurs, que l'on rencontre le dragonneau.

La filaire peut rester plusieurs mois dans le tissu cellulaire sans donner lieu à aucun symptôme ; mais elle grossit et *soulève la peau sous forme de bosselures irrégulières*, comme le ferait une corde de violon plus ou moins enroulée sur elle-même. La partie tuméfiée devient bientôt le siège de démangeaisons et même de douleurs vives, lorsque le tissu cellulaire de la région est peu extensible, comme aux doigts ; puis *il se forme un phlegmon circonscrit et un abcès* qui, incisé ou ouvert spontanément, élimine le dragonneau. Cependant, si les filaires sont nombreuses, profondément placées, il survient des suppurations profondes, des gangrènes et des accidents nerveux plus ou moins redoutables ; en un mot, la filaire détermine des accidents assez semblables à ceux que provoque la présence d'un corps étranger.

Traitement. — Dans les pays où le dragonneau règne d'une manière endémique, il faut protéger avec soin toutes les parties du corps et surtout les pieds contre l'humidité et contre les eaux ; quant aux agents prophylactiques, tels que *asa fetida*, ail, etc., leur efficacité est des plus contestables.

Lorsqu'on a reconnu la présence d'un dragonneau, il faut l'extraire, en se conformant aux préceptes de Clot Bey, qui a eu occasion d'en observer un grand nombre : « 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 enroule 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 cataplasme. A chaque pansement on fait de nouvelles tractions et l'on continue jusqu'à la sortie de l'animal. La filaire est extraite en quelques jours, de huit à vingt, quelquefois en quelques heures. »

CHAPITRE IV

MALADIES DES BOURSES ET DES GAINES TENDINEUSES

LÉSIONS DES BOURSES SÉREUSES.

Dans certaines régions soumises à des pressions habituelles, les cloisons qui forment les mailles du tissu cellulaire se déchirent et la réunion des espaces qu'elles circonscrivaient constitue une cavité plus ou moins grande, à parois plus ou moins épaisses : cette cavité, dont les parois sont normalement en contact, a reçu le nom de *bourse séreuse* ou *muqueuse*.

Un grand nombre de bourses séreuses sont normales : les principales occupent l'olécrâne, le devant de la rotule, l'angle de la mâchoire, l'acromion, les apophyses styloïdes, le grand trochanter, l'ischion, les malléoles, la face inférieure du calcaneum, etc.

Les autres sont accidentelles ou *professionnelles* et se montrent dans des régions que certaines circonstances ou professions exposent à des pressions répétées (saillie des pieds-bots, face interne de la tête du premier métatarsien dans la difformité dite oignon ; on les rencontre encore au devant du sac herniaire, où elles sont le fait de la pression du bandage, etc.). Ces bourses présentent, dans leur structure et leurs fonctions, les plus grandes analogies avec les grandes cavités séreuses, telles que la plèvre et le péritoine, on pourrait dire que ce sont des *séreuses en miniatures* ; cette ressemblance se trouve dans leurs altérations.

Nous étudierons : A. Leurs inflammations aiguë et chronique, désignées sous le nom d'*hygroma*. — B. Leurs lésions traumatiques.