le cancer vrai, les éléments anatomiques constatés par le microscope sont les cellules et les alvéoles ; dans le cancer fibro-plastique, on trouve des *corps fibro-plastiques* fusiformes présentant un noyau central placé dans le point où la fibre a le plus de largeur ; les extrémités de la fibre sont très-effilées, souvent bifurquées ; des cellules fibro-plastiques allongées et contenant un noyau, enfin des noyaux fibro-plastiques ovales-allongés.

On a décrit trois espèces de tumeurs fibro-plastiques : 1° celles qui sont composées de corps fibro-plastiques, elles sont de consistance sarcomateuse et ne donnent pas de suc ; 2° celles qui sont exclusivement ou presque exclusivement composées de noyaux. Ces tumeurs sont souvent mélangées à de la matière amorphe, à du tissu colloïde, elles se ramollissent souvent, et ont la consistance de l'encéphaloïde ramolli, présentent des excavations dans lesquelles on trouve des épanchements sanguins. Ces tumeurs se développent avec rapidité, répullulent facilement et se généralisent : elles ont donc la plus grande analogie avec les tumeurs cancéreuses, dont elles ne diffèrent que par l'absence de suc et la forme des éléments anatomiques. 3° La troisième espèce est composée de cellules fibro-plastiques, elle tient le milieu, pour la consistance et la vascularisation, entre la première et la seconde ; elles récidivent et se généralisent comme les tumeurs cancéreuses.

Symptomatologie. — Les tumeurs fibro-plastiques, désignées aussi sous le nom de *plasmomes* (Follin), se présentent sous l'aspect de masses dures, élastiques. Cependant dans quelques cas elles peuvent être molles et fluctuantes.

Ordinairement mobiles, elles n'adhèrent pas à la peau, au moins dès leur début. Souvent elles sont indolentes. Leur marche est lente, mais parfois, sous une influence inconnue, elles prennent un accroissement rapide.

Elles peuvent s'enflammer, s'ulcérer et même se gangrener. Longtemps on a cru à leur bénignité, on croyait ces tumeurs très-localisées sans tendance à récidiver ou à se généraliser (Lebert). De nombreuses observations ont prouvé leur malignité et justifient leur rapprochement des tumeurs cancéreuses les plus graves.

Leur diagnostic est souvent difficile ; elles siégent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond. A la cuisse on les voit se développer de préférence dans l'épaisseur de l'aponévrose *fascia lata*. On les rencontre encore dans les os, la dure-mère, les gaînes tendineuses, etc.

Traitement. — Leur traitement est celui des tumeurs cancéreuses proprement dites.

BIBLIOGRAPHIE. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale, etc.*, t. II, p. 177, 1857. — Paget, *Lectures on surg. path.*, t. II, p. 212, art. MYELOÏD TUMOURS, 1853. — Woillez, *Obs. de fibro-plastie, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, août 1852. — Follin, *Du cancer, du cancroïde et du tissu fibro-plastique, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, décembre 1854. — Birkett, *Contributions to the practical surgery*, etc., 2e série, *Fibro-plastic* in *Guy's hospital Reports*, 3e série, vol. IV, p. 231. — Hugo-Senftleben, *Ueber Fibroïde und Sarcome*, etc., in *Arch. für klinische Chirurgie herausgegeben von Langenbeck*, 1 vol. p. 81, 1860. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 266, 1861.

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES DIVERS TISSUS ET SYSTÈMES ORGANIQUES.

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Art. I. — Des lipomes.

On donne le nom de *lipome* à une tumeur formée par l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux.

Les lipomes se rencontrent sur tous les points du corps, et principalement dans les régions pourvues d'un tissu cellulo-adipeux abondant. Souvent uniques, on en trouve quelquefois plusieurs sur le même individu ; nous avons vu récemment à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, un homme qui était littéralement couvert de lipomes disposés symétriquement des deux côtés du corps. Les lipomes sont généralement demi-sphériques, plus rarement pédiculés ; leur volume est très-variable et ils peuvent arriver à des dimensions énormes, 2, 3 kilogrammes, 11 et même 22 (Pelletan, J. L. Petit).

Anatomie pathologique. — Les lipomes sont constitués par une enveloppe celluleuse lâchement unie aux parties environnantes, et qui envoie par sa face interne des prolongements qui constituent autant de cloisons incomplètes disposées irrégulièrement dans tous les sens. La tumeur est donc divisée en lobes et en lobules. Chacun de ces lobules a tous les caractères du tissu cellulo-adipeux normal mais dont tous les éléments sont hypertrophiés. Un peu plus de fermeté du tissu adipeux et surtout du tissu cellulaire est la seule altération de texture que l'on puisse signaler.

Certains lipomes ne sont pas entourés de tissu celluleux et se continuent directement avec la graisse des parties voisines, on les rencontre surtout au jarret et au cou.

Symptomatologie. — Les lipomes sont complétement indolents, aussi les malades ne s'aperçoivent-ils de leur présence que quand le

volume de la tumeur leur cause de la gêne. Dans certains cas ils restent stationnaires pendant longtemps, dans d'autres ils s'accroissent lentement, mais d'une manière constante; enfin dans d'autres circonstances, ils se développent avec rapidité. Quoi qu'il en soit, la tumeur est souple, mobile, recouverte par les téguments qui n'offrent aucune espèce d'altération.

Les lipomes n'exercent pas d'action fâcheuse sur l'économie, ils ne dégénèrent pas en cancer, et dans les cas où cette dégénérescence a été signalée, il est certain qu'il y a eu une erreur de diagnostic. La terminaison des lipomes par inflammation et par résolution a été observée, mais elle est extrêmement rare.

Diagnostic. — Le diagnostic des lipomes est souvent enveloppé des plus grandes difficultés. A la vérité, une tumeur molle, mobile, non fluctuante, indolore, sans changement de couleur à la peau, peut avec raison être considérée comme un lipome; mais si ces signes ne sont pas bien tranchés, il peut y avoir erreur de diagnostic, et les annales de la science fourmillent de méprises de ce genre.

Les lipomes peuvent être pris pour des tumeurs érectiles et réciproquement, mais ces cas sont fort rares. Ils peuvent être confondus avec les abcès froids : dans le doute, la ponction exploratrice indiquera la nature de la tumeur. L'erreur la plus fréquente est celle qui consiste à confondre le lipome avec une tumeur encéphaloïde. Cependant la tumeur encéphaloïde présente des bosselures et des dépressions qui manquent dans le lipome, elle est douloureuse et donne, lorsqu'elle est ramollie, une sensation de fluctuation qui diffère de la mollesse du lipome; mais ces signes, qui peuvent facilement faire reconnaître les tumeurs bien caractérisées, deviennent souvent insidieux. Le trocart explorateur, plongé dans la tumeur, ramènera quelques débris qui, examinés au microscope, pourront faire connaître la nature de la maladie.

Traitement. — On comprend que le seul moyen de faire disparaître les lipomes est l'extirpation. On a conseillé :

1° La *cautérisation*. Elle est douloureuse, agit avec lenteur, et est tout au plus applicable aux tumeurs d'un très-petit volume.

2° La *ligature*. Elle est employée pour les tumeurs pédiculées. On peut appliquer le fil constricteur directement sur les téguments, ou mieux sur la peau désorganisée à l'aide de la potasse caustique ou de la pâte de Vienne (Boyer). Dans les cas de ce genre, il vaux mieux recourir à la section du pédicule.

3° L'*extirpation*. Ce moyen est celui auquel on doit, dans presque tous les cas, donner la préférence. Après l'extirpation les téguments seront rapprochés et maintenus à l'aide de bandelettes agglutinatives. Quelquefois les lambeaux présentent trop d'étendue, mais la rétraction de la peau rend bientôt aux téguments leurs premières dimensions.

BIBLIOGRAPHIE. — J. B. Montfalcon, *Dictionnaire* en 60 vol., t. XXIX, p. 76, 1818. — Th. Ch. Bigot, *Dissertation sur les tumeurs graisseuses, etc.*, Paris, 1821. — Pautrier, *Essai sur les lipomes*, thèse de Paris, 1834. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., art. LOUPE, t. XVIII, p. 198, 1838. — Heyfelder, *De lipomate et de steatomate*, etc., Stuttgard, 1842. — Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 395, 1844-59. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 603, 1845. — Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 100, 1845. — Philippeaux, *Application de la méthode sous-cutanée du traitement du lipome, etc.*, in *Bull. thérap.*, 1848, t. XXXV, p. 61. — Hébert, *De l'inflammation du lipome*, thèse de Paris, 1849. — Paget, *Lectures on surgical pathol.*, vol. II, p. 92, 1853. — Verneuil, *Note sur la structure intime du lipome, etc.*, in *Bull. Soc. biol.*, 2e série, 1854, p. 11. t. I. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 440, 4e édit. 1855. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 122, 1857. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 196, 1861.

Art. II. — Des tubercules sous-cutanés douloureux.

Nous décrivons sous ce nom les tumeurs désignées sous le nom de *tubercules* ou *ganglions nerveux*, de *tumeurs squirrheuses enkystées*.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs sont souvent solitaires, très rarement multiples, elles siégent dans le tissu cellulaire sous-cutané et particulièrement dans les régions où la peau recouvre immédiatement les os ou les articulations; elles sont d'un petit volume, rarement elles dépassent celui d'une noisette. A l'extérieur, elles sont lisses, blanches, très-dures et élastiques. A l'intérieur, elles paraissent formées d'un tissu blanc et jaunâtre stratifié, offrant toute la dureté du fibro-cartilage et qui n'est autre que du tissu cellulo-fibreux pénétré d'albumine. Elles sont enveloppées par une membrane fibro-celluleuse très-résistante qui leur forme comme une espèce de kyste qui ne contracte que des adhérences extrêmement faibles, soit avec la peau, soit avec les tissus environnants. Leurs rapports avec les nerfs les ont fait confondre avec les névromes, mais cette disposition est purement accidentelle.

L'*étiologie* de ces tumeurs est très-obscure, on les attribue à des contusions ou à des piqûres.

Symptomatologie. — Cette affection se manifeste par une douleur vive, le malade éprouve bien avant que le toucher puisse faire reconnaître l'existence d'une tumeur, des élancements qui reviennent par intervalles et qui augmentent par la pression, les contusions et quelquefois par de simples mouvements; peu à peu cette douleur augmente et devient d'une acuité extrême, au point que chez certains individus elle peut amener des convulsions et le dépérissement général.

Si l'on explore le point douloureux, on constate l'existence d'une petite tumeur mobile, sans changement de couleur des téguments.

Dans certains cas, ces tumeurs restent fort longtemps stationnaires, mais dans d'autres on voit la peau prendre une teinte violacée, la tumeur se ramollit et l'ulcération des téguments prend les caractères d'un ulcère cancéreux : l'engorgement des ganglions, la cachexie cancéreuse, sont souvent la terminaison de cette affection. Leur disparition spontanée a été observée, mais elle est excessivement rare.

M. Follin n'admet pas cette ulcération des tubercules sous-cutanés douloureux; il pense que dans ces circonstances on a eu affaire à un cancer cutané primitif.

Diagnostic. — Cette affection peut être confondue avec les névromes, mais il faut remarquer que ceux-ci ne se rencontrent que sur le trajet des nerfs, qu'ils produisent des douleurs vives, qui n'augmentent pas par la pression.

Traitement. — Ces tumeurs doivent être détruites par les caustiques, ou mieux enlevées avec l'instrument tranchant. Lorsque la tumeur est ulcérée, convient-il d'en tenter l'extirpation ? Dupuytren la rejette d'une manière absolue ; nous pensons qu'il faut encore tenter la guérison par ce moyen, si l'engorgement ganglionnaire n'existe pas et si le sujet ne présente aucun autre signe de la diathèse cancéreuse.

Si le malade se refuse à toute espèce d'opération, on peut prévenir la douleur en recouvrant les téguments d'une plaque de caoutchouc percée à son centre d'une ouverture qui reçoit le tubercule. De cette manière, celui-ci ne se trouve exposé à aucune compression ni à aucun frottement.

BIBLIOGRAPHIE. — Camper, *Demonstrationum anat. pathol.*, lib. I, p. 11, 1760. — M. A. Petit, *Discours sur la douleur, etc.*, 1799. — W. Wood, *On painful subcutaneous tubercle*, in *Edinburgh medical and surg. Journ.*, t. VIII, p. 283, 1812. — Dupuytren, *D'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, etc.*, in *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 414, 2e édit., 1839. — Wilmot, *Observation de petites tumeurs douloureuses développées sous la peau*, in *Gaz. méd.*, 1839, p. 426. — Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 401, 1844-59. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 14, 1851. — Paget, *Painful subcutaneous tumours*, in *Lectures on tumours*, p. 120, 1853. — Fock, *Zur Diagnose der schmerzhaften Geschwülste*, in *Deutsche Klinik*, n° 1, 1855. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 101, 1863.

CHAPITRE II.

AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES.

Art. I. — Affections des bourses séreuses sous-cutanées et sous-musculaires.

§ 1. — Inflammation.

L'inflammation des bourses séreuses reconnaît pour cause une contusion tantôt violente, tantôt légère, mais constante et prolongée comme le serait un frottement continuel ; elle peut, dans quelques cas, succéder à l'inflammation des tissus voisins, dans d'autres, à un vice goutteux (J. Cloquet) ou rhumatismal ; quelquefois elle se développe sans cause connue.

L'inflammation des bourses séreuses a pour effet d'augmenter la quantité de liquide contenue dans leur cavité, d'autres fois de dénaturer complétement ce liquide ; de là, deux sortes d'épanchements : l'épanchement séreux et l'épanchement purulent. Les deux variétés se succèdent quelquefois.

A. *Epanchement séreux, hygroma.* — L'hygroma est, dans quelques cas, le résultat d'une inflammation chronique de la bourse séreuse ; dans d'autres, il se développe sans cause connue, et peut-être, comme on l'a prétendu, par un défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption.

Anatomie pathologique. — L'hygroma a été surtout observé dans la bourse séreuse de l'olécrâne et dans celle qui est située au devant de la rotule. La tumeur est quelquefois d'un petit volume ; dans certaines circonstances, elle peut acquérir des dimensions considérables (Brodie, Camper), il n'est pas rare d'en observer de grosses comme une orange. Elle renferme un liquide jaune, filant, parfois limpide et présentant tous les caractères de la sérosité. Ce dernier liquide contient une certaine quantité d'albumine qui se précipite en flocons, et forme sur les parois de la poche une espèce de fausse membrane, qui paraît augmenter l'épaisseur réelle de la capsule. Quelquefois les parois ne présentent aucune trace d'altération ; d'autres fois elles s'épaississent. Cette épaisseur peut, dans quelques cas, devenir très-considérable (Ledran, Brodie).

La cavité de la bourse séreuse a presque disparu ; en outre, les parois revêtent les caractères des tissus fibreux ou fibro-cartilagineux, et sont parfois incrustées de sels calcaires.

Dans quelques cas, la face interne du kyste serait couverte de productions verruqueuses qui se détacheraient et deviendraient de véritables corps étrangers (Follin).

Symptomatologie. — L'hygroma aigu, c'est-à-dire celui qui se développe rapidement sous l'influence d'une violence extérieure, se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, fluctuante. Quelquefois il s'accompagne de l'inflammation des téguments et du tissu cellulaire ; alors la chaleur de la peau est vive, la tumeur mal limitée, et l'on pourrait croire à l'existence d'un phlegmon diffus si l'on ne faisait point attention à la fluctuation toujours perceptible sur le point le plus saillant de la tumeur.

Dans l'hygroma chronique, le diagnostic est généralement plus facile à cause de l'absence d'inflammation dans les tissus environnants. Il est des cas où les parois du kyste sont tellement minces, que la tumeur est demi-transparente ; dans d'autres, au contraire, celles-ci sont tellement épaissies, que non-seulement la transparence ne peut être observée, mais qu'on ne peut même constater la fluctuation.

L'hygroma se termine souvent par résolution ; mais souvent aussi il tend à rester stationnaire ; dans certains cas, on a vu la poche se rompre, mais la maladie ne disparaît point pour cela ; le plus ordinairement l'ouverture se cicatrise et l'épanchement se reproduit.

Traitement. — Lorsque la maladie est à l'état aigu, on la combattra par les antiphlogistiques. Ce mode de traitement est surtout convenable lorsqu'il existe une inflammation du tissu cellulaire environnant. On conseillera le repos absolu, des applications émollientes sur la tumeur ; lorsqu'il n'y aura plus d'inflammation, on fera des applications froides et astringentes. Un des moyens le plus souvent employé est le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 60 grammes pour un litre d'eau (Boyer). La compression, les vésicatoires volants (Velpeau, Brodie), les onctions mercurielles ou avec la pommade d'iodure de potassium, ont donné quelques bons résultats, mais, nous devons le dire, tous ces moyens sont lents, infidèles, et l'on est souvent contraint d'en venir à un traitement chirurgical. On a employé :

1° L'*écrasement* (Monro, Cloquet), l'*incision sous-cutanée* (Malgaigne). Ce moyen a procuré des guérisons, mais il est infidèle, car l'épanchement peut se reproduire ; il convient dans les tumeurs très-petites.

2° La *ponction* et ensuite la *compression*. On peut faire à ce procédé le même reproche qu'aux précédents ; cependant il est applicable aux hygromas très-volumineux.

3° La *ponction* avec irritation de la poche, ou plutôt une *injection iodée* (Velpeau), comme dans l'opération de l'hydrocèle. Ce procédé compte de nombreux succès.

4° L'*incision simple*, ou en introduisant des bourdonnets de charpie dans la poche (Camper). Ce moyen, surtout avec le pansement que nous indiquons, expose à une inflammation intense.

5° L'*excision* (Chopart). Ce procédé a la plus grande analogie avec l'incision et expose aux mêmes accidents ; il conviendrait dans le cas où les téguments situés en avant de la poche seraient désorganisés.

6° L'*extirpation*, c'est-à-dire la dissection des téguments et l'ablation du kyste. Cette opération, qui convient surtout lorsque les parois de la poche sont devenues fibro-cartilagineuses, peut être suivie des accidents les plus graves.

B. *Épanchements purulents.* — Ils succèdent à une inflammation de la bourse séreuse ; dans quelques cas, ils sont la conséquence d'une diathèse purulente.

La bourse séreuse contient tantôt du pus franchement phlegmoneux, d'autres fois, celui-ci est mêlé à des flocons albumineux, à des débris de fausses membranes, à des caillots sanguins plus ou moins altérés ; les parois de la poche sont quelquefois lisses, le plus souvent, elles sont tomenteuses et tapissées par des fausses membranes. Le pus tend à s'ouvrir un passage au dehors, et dès que le foyer communique avec l'air extérieur, soit que l'ouverture ait été faite avec l'instrument tranchant, ou qu'elle soit spontanée, le pus devient grisâtre, séro-purulent, et même tout à fait séreux. D'autres fois, le pus s'épanche dans le tissu cellulaire ambiant sans perforer la peau, et l'on observe alors deux abcès communiquant par une ouverture étroite et parfois un phlegmon diffus.

Lorsque la partie malade est sans cesse irritée, par la marche par exemple, la suppuration se perpétue indéfiniment, et il n'est pas rare alors de voir le mal se propager aux os, aux surfaces articulaires, etc.

Traitement. — La ponction unie à la compression (Velpeau), l'incision (Padieu), sont les procédés qui conviennent le mieux contre cette espèce d'épanchement. Si l'orifice tendait à devenir fistuleux, on pratiquerait l'excision.

§ 2. — **Plaies et contusions des bourses séreuses.**

Les plaies par instrument piquant ou tranchant des bourses séreuses ne sont en général suivies d'aucun accident. La solution de continuité se réunit par première intention ; il est rare que l'inflammation se propage à la bourse séreuse elle-même.

Il n'en est pas de même des *plaies contuses ;* elles provoquent une inflammation violente de la cavité séreuse, et l'on remarque une sécrétion purulente ou séro-purulente qui sort par les lèvres de la solution de continuité souvent mélangée des détritus de caillots sanguins. Quelquefois les bords de la plaie se réunissent, l'exhalation se fait dans la bourse séreuse qui augmente de volume, et l'on est obligé d'ouvrir avec l'instrument tranchant un passage à ce liquide. Si l'inflammation est peu considérable, on rapprochera les lèvres de la plaie avec des agglutinatifs ; dans le cas contraire, on aura recours au traitement antiphlogistique.

Contusion. — La contusion des bourses séreuses détermine assez souvent un épanchement sanguin ; dans d'autres cas, on observe seulement une inflammation avec sécrétion d'un liquide plus ou moins limpide, il se produit une affection que nous avons décrite précédemment sous le nom d'hygroma ou d'épanchement purulent.

Les *épanchements sanguins* dans les bourses séreuses se produisent lorsque la contusion a été assez violente pour déterminer la déchirure des parois et la rupture de quelques vaisseaux.

Le caillot qui résulte de l'épanchement se sépare en deux parties : la fibrine qui double les parois de la bourse séreuse, et le sérum qui emprunte à la matière colorante du sang une coloration brune plus ou moins foncée, et se trouve mêlé au liquide exhalé par la surface de la membrane séreuse enflammée. Dans quelques cas il y a sécrétion de pus ; dans quelques autres il y a résorption du sang avant sa coagulation ; d'autres fois, l'eschare produite par la contusion se détache, et le liquide épanché sort au dehors.

Ces tumeurs sanguines se développent avec une très-grande rapidité, et l'on peut les reconnaître à leur développement rapide et à une sensation de craquement produite par l'écrasement du caillot.

Traitement. — Il faut, au début, favoriser l'absorption du sang par la compression, les réfrigérants, les astringents. Si l'on ne peut obtenir la résolution, on peut abandonner l'épanchement à lui-même, ou faciliter la sortie du liquide par une ponction pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur.

Lorsque l'affection est ancienne, et si l'on n'a aucune espèce de chance de faire disparaître le liquide sans opération, on aura recours au traitement que nous avons conseillé plus haut. (Voy. *Hygroma* et *Épanchements purulents.*)

§ 3. — Corps étrangers.

On donne ce nom à de petites productions blanchâtres qui sont tenues en suspension dans le liquide synovial (Dupuytren, A. Cooper). Leur consistance est variable depuis celle de la fibrine jusqu'à celle du fibro-cartilage. Leur forme rappelle celle des graines de melon ou des grains de riz à moitié cuits. Il en existe quelquefois un très-grand nombre dans la même bourse séreuse (J. Cloquet). Ces corps, d'après M. Velpeau, et c'est ce savant professeur qui nous semble avoir le mieux exposé l'origine de ces productions, paraissent être formés par des noyaux fibrineux qui résultent des épanchements sanguins. Brodie les considère comme formés de lymphe coagulable. Nous ne faisons que mentionner l'opinion de Dupuytren et de M. Raspail qui les considèrent comme des hydatides.

Ces corps se produiraient à la suite d'une violence extérieure qui aurait déterminé un épanchement sanguin dans la bourse séreuse.

Lorsqu'on palpe la tumeur on perçoit une sensation particulière produite par le frottement de ces petits corps les uns contre les autres et contre les parois du kyste. Dupuytren a comparé cette sensation à celle qu'on éprouverait en tenant avec la main des grains de riz à moitié cuits et renfermés dans un sac. M. Leguey l'a comparée à celle qui résulterait du frottement de l'amidon entre les doigts, ou bien qu'on éprouve en marchant sur de la neige.

Traitement. — Il faut ouvrir la bourse séreuse pour faire sortir ces petits corps, et faciliter la suppuration de la poche.

Bibliographie. — Camper, *Histoire et Mémoires de la Société royale de médecine*, 1784, p. 145. — A. Monro, *A descrip. of all bursæ mucosæ of the Human Body*, etc., Edinburgh, 1788, in-folio. — Alex. Monroi, *Icones et descriptiones bursarum mucosarum*, etc., edidit Jo. Christ. Rosenmüller. Leipzig, 1799, in-folio. — F. E. Gerlach pras. Nuernberger, *Diss. de bursis tendinum mucosis*, etc., Wittemberg, 1793, in-4°, fig. — J. C. Herwig, *Diss. de morbis bursarum mucosarum*, Gottingue, 1795, in-4°.—Bichat, *Traité des membranes*, Paris, an VIII (1800).— M. Asselin, *Considérations sur les tumeurs des bourses ou capsules muqueuses, etc.* Thèse, Strasbourg, 1803. — Schreger, *De bursis mucosis subcutaneis.* Erlangæ, 1825, in-folio. — Velpeau, *Recherches anatomiques, pathologiques et physiologiques sur les cavités closes*, in *Ann. de la chirurgie*, Paris, 1843, t. VII, p. 151, 294 et 401. — Ollivier, *Dictionnaire* en 30 vol., art. Bourses muqueuses synoviales, t. V, p. 537, 2e édit., 1846.—Lenoir, *Recherches sur les bourses séreuses sous-cutanées de la plante du pied, etc.*, in *Presse médicale*, 1837, n° 7, p. 49.—Padieu, *Des bourses sous-cutanées et de leurs maladies*, thèse, Paris, 1839, n° 41. — Massot, *Des kystes séreux ou hygromas profonds qui compliquent les tumeurs*, th. Paris, 1854. — Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 405, 1844. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 20, 1851. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 108 (*Système séreux*), 2e édit., Paris, 1859. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 114, 1863.

Art. II. — Affections des bourses séreuses des tendons.

Ces affections présentent beaucoup d'analogie avec les précédentes, aussi nous ne nous arrêterons que sur les points qui présentent quelques particularités qui leur soient propres.

§ 1. — Inflammation.

L'inflammation des séreuses tendineuses est peu fréquente, elles sont protégées efficacement par des canaux ostéo-fibreux et échappent en partie aux violences extérieures.

Cependant des mouvements violents, répétés, provoquent parfois une inflammation toute spéciale, désignée sous le nom d'*aï*, de *crépitation douloureuse des tendons*.

A la suite de cette affection, souvent spontanément on observe aussi des *épanchements* séreux ou purulents dans les gaînes tendi-

neuses, enfin une dégénérescence particulière de la synoviale tendineuse décrite sous le nom de *fongosité des gaînes synoviales* (inflammation chronique des gaînes synoviales de Follin).

Nous étudierons donc : 1° la *crépitation douloureuse des tendons* (forme de l'inflammation aiguë des gaînes synoviales pour Follin); 2° les *épanchements ;* 3° les *fongosités des gaînes synoviales.*

Dans un certain nombre de cas ces divers états ont entre eux des relations directes, mais ces maladies peuvent se montrer isolément, aussi décrirons-nous séparément des altérations qui ne sont souvent qu'une conséquence des progrès de la même affection.

A. — Crépitation douloureuse des tendons.

Connue des anciens auteurs (Desault, Boyer), cette affection a été décrite avec exactitude d'abord par M. Velpeau, puis par M. Michon.

Siége. — La maladie se montre ordinairement dans la gaîne des muscles radiaux, court extenseur et long abducteur du pouce, plus rarement autour des tendons extenseurs et fléchisseurs des doigts. Mais ce n'est pas là son siége exclusif, on l'a observée aussi sur le cou-de-pied, derrière les malléoles, sur le trajet du tendon de l'extenseur propre du gros orteil, dans la gaîne de la longue portion du biceps (Poulain). Parfois l'inflammation se propage aux gaînes tendineuses presque jusqu'au niveau des phalanges (Velpeau).

Causes. — Elle succède à des mouvements violents et répétés, rarement à des violences extérieures.

Signes. — Les malades accusent, au début, une douleur vive, exaspérée par la pression ou les mouvements, cette douleur ne tarde pas à se calmer, le mouvement spontané seul la produit. La peau de la région malade n'offre que rarement une modification dans sa couleur ou sa température. Il existe une tuméfaction suivant la direction des gaînes synoviales affectées. Le signe le plus certain de cette maladie, est une sorte de crépitation, comparée au bruit qu'on produit en froissant de l'amidon ou de la neige. Cette crépitation peut se constater par la pression ou mieux en provoquant des mouvements.

On ne peut guère confondre l'aï avec une fracture, bien que cette erreur ait été commise (Velpeau, Wallau de Dublin).

La terminaison ordinaire est la résolution. Cependant on a vu des fongosités des synoviales lui succéder.

Traitement. — La guérison a lieu spontanément au bout de quinze à vingt jours, quelquefois elle est plus longue (2 mois, Velpeau). On doit prescrire le repos, appliquer des résolutifs, des cataplasmes. Dans quelques cas où l'inflammation est assez vive on peut employer quelques sangsues sur le trajet des gaînes tendineuses.

S'il y avait une roideur consécutive, une difficulté des mouvements, on prescrirait des bains, des douches de vapeur, des mouvements provoqués.

B. — Épanchements dans les gaînes synoviales.

Ils sont de deux ordres : *séreux* ou *purulents.*

1° *Épanchements séreux.* — Ils sont décrits sous le nom de *ganglions.* On les rencontre principalement sur la face dorsale du pied, et surtout au poignet. Ces tumeurs peuvent quelquefois acquérir le volume d'un œuf de poule ; le liquide qu'elles renferment est jaune filant, semblable à de la synovie, quelquefois il est légèrement coloré en rouge.

Les parois de la poche sont lisses, minces, diaphanes.

Leur marche est très-peu rapide, ils ont même une grande tendance à rester stationnaires.

Ces tumeurs sont faciles à reconnaître à leur siége, à leur forme, à leur consistance ; cependant on peut les confondre avec une hernie de la synoviale, mais on les distinguera facilement, si, comme le conseille le professeur Cloquet, on exerce sur la tumeur une pression douce et prolongée. Si l'on a affaire à une hernie de la synoviale, la tumeur disparaît pour se reproduire ensuite, le ganglion, au contraire, ne disparaît pas.

D'après les recherches de MM. Gosselin et Foucher, ces tumeurs seraient produites par des follicules situés dans les synoviales tendineuses. L'orifice de ces follicules s'oblitérant et la sécrétion interne continuant à se faire, il en résulte un kyste d'abord pédiculisé, qui peut devenir libre (1).

Traitement. — Il est le même que celui de l'hygroma, mais l'écrasement est le moyen auquel on doit donner la préférence ; viendraient ensuite la simple ponction, l'incision et les injections.

2° *Épanchements purulents.* — Ils surviennent à la suite de contusions violentes ou de plaies contuses ; ils sont quelquefois consécutifs aux fusées purulentes que l'on observe dans les vastes phlegmons.

On comprend que cette affection ayant des causes si différentes, peut présenter des caractères bien variables. Tantôt il se forme dans la gaîne une série de petits abcès enkystés qui ne communiquent point les uns avec les autres, d'autres fois on trouve un vaste abcès sur tout le trajet du tendon ; celui-ci est quelquefois protégé par la membrane pyogénique, d'autres fois le pus se trouve directement en contact avec le tendon et détermine une exfoliation fâcheuse, puisque ses conséquences sont la perte des mouvements de l'organe où se rend le tendon.

(1) M. Follin décrit sous le nom de GANGLION, non-seulement les kystes synoviaux des tendons, mais aussi ceux des articulations.

Quoi qu'il en soit, ces abcès se frayant un passage au dehors, il s'écoule du pus qui devient chaque jour de plus en plus séreux ; il se forme des adhérences, mais qui ne compromettent point gravement le tendon, resté sain au milieu du foyer purulent, car les mouvements qui lui sont imprimés par suite de la contraction des fibres musculaires qui s'y insèrent, ne peuvent permettre que des adhérences extrêmement lâches.

Traitement. — On emploiera les émollients et les antiphlogistiques locaux ; on donnera issue au pus à l'aide d'une simple ponction ; et à l'aide de pressions bien méthodiques, on s'efforcera de vider le foyer purulent.

C. — Fongosités des coulisses synoviales.

Étiologie. — Elle est la même que celle de la crépitation douloureuse. Les fongosités succèdent parfois aux tumeurs riziformes, à des épanchements, elles apparaissent souvent après des incisions faites sur une membrane synoviale enflammée (S. Cooper).

Anatomie pathologique. — Lorsque la maladie est tout à fait développée, la synoviale semble ne plus exister, la cavité séreuse est comblée par les fongosités qui entourent totalement le tendon. Les productions fongueuses refoulent les tissus voisins et remontent même jusqu'à la partie charnue des muscles; elles sont entourées ordinairement par une membrane épaisse, résistante, c'est la lame externe des gaînes tendineuses.

Le tissu cellulaire qui environne la tumeur est souvent épaissi, quelquefois infiltré de sérosité. Lorsque la peau est ulcérée, ce qui arrive au bout d'un temps plus ou moins long, elle donne passage à des végétations molles, grisâtres, violacées par places, qui ressemblent au cancer encéphaloïde. Dans certains cas la gaîne tendineuse n'est pas tout à fait envahie, il reste une cavité, souvent remplie de sérosité contenant des corps riziformes. Cette affection peut envahir plusieurs gaînes tendineuses (Lenoir). Les tendons conservent en général leur intégrité, cependant ils peuvent être altérés (Deville). Enfin on signale des arthrites, des ostéites, probablement consécutives.

Symptomatologie. — Au début il n'y a guère que de la gêne des mouvements, une légère tuméfaction, variant de forme avec la gaîne affectée, et une douleur assez obscure. Lorsque la maladie est confirmée, la tumeur est plus nette, elle offre des bosselures en rapport avec l'inégale résistance des tissus voisins. Elle jouit de mouvements de latéralité communiqués, elle se déplace dans le sens de sa longueur lors de la contraction des muscles.

Sa consistance est variable, ordinairement élastique, et non fluctuante. Les malades accusent de la roideur, de l'engourdissement, une

difficulté assez grande dans les mouvements, quelquefois des douleurs lancinantes sur le trajet des filets nerveux qui avoisinent la tumeur.

La peau reste intacte pendant longtemps, puis elle s'ulcère, les fongosités se montrent à l'extérieur et se développent avec une grande rapidité. Le fongus est mou, d'un rouge vif, indolore, saignant facilement surtout si on le pique. Jusque-là il n'y a point de phénomènes généraux, mais s'il y a une complication d'inflammation des os ou des articulations, l'état général peut devenir grave. La marche est très-lente, longtemps stationnaire; la maladie marche rapidement sous l'influence d'un coup ou d'une violence quelconque, puis elle s'arrête de nouveau. La marche est plus rapide lorsque l'ulcération cutanée a donné passage aux fongosités.

Diagnostic. — Assez facile. On l'a confondue avec un kyste synovial, la ponction éclairerait le chirurgien : si l'on a affaire à cette dernière affection il s'écoulera un liquide séreux, ce sera du sang dans le cas contraire.

Quelques auteurs l'ont prise pour un cancer, mais les fongosités n'ont point une marche envahissante, l'ulcération cutanée est nette, ses bords ne sont point indurés, enfin il n'y a aucun phénomène du côté des ganglions lymphatiques.

Pronostic. — Grave, vu sa marche constante et les opérations qu'elle nécessite.

Traitement. — Au début on peut employer les bains sulfureux, les douches sulfureuses.

Les vésicatoires, la cautérisation transcurrente, la compression, les résolutifs peuvent être appliqués, souvent il est vrai sans résultats.

Reste enfin l'enlèvement des fongosités à l'aide du bistouri (Lenoir). Opération grave et difficile.

§ 2. — **Plaies et contusions.**

Les plaies sous-cutanées ne présentent aucun accident ; nous n'avons pas à nous en occuper. Mais les plaies simples, et surtout les plaies contuses, présentent un caractère de gravité particulière qu'elles empruntent au contact de l'air avec la séreuse ; aussi sont-elles souvent suivies d'inflammation. Nous devons dire toutefois que cette inflammation peut être limitée par la membrane pyogénique, et qu'elle ne s'étend pas toujours à toute la longueur du tendon.

Les contusions violentes peuvent déterminer un épanchement sanguin dans la gaîne du tendon, mais cet épanchement est beaucoup plus rare que dans les bourses séreuses sous-cutanées.

§ 3. — Corps étrangers.

Les corps étrangers que nous avons signalés dans les bourses séreuses sous-cutanées se rencontrent bien plus souvent encore dans les gaînes tendineuses. On les observe surtout dans la gaîne des fléchisseurs des doigts, dans celle des extenseurs des orteils.

Souvent la tumeur, siégeant au niveau du ligament annulaire du carpe ou dorsal du tarse, est bilobée. On y sent le frottement caractéristique que nous avons indiqué plus haut. Les conditions nécessaires à la production de ce frottement ont été bien étudiées par M. Michon.

La tumeur reste rarement stationnaire, elle a même une grande tendance à s'accroître ; aussi la difformité qui en résulte, mais surtout la gêne des mouvements et l'inflammation qui l'accompagne, en font une affection des plus sérieuses, beaucoup plus grave que les tumeurs analogues que l'on rencontre dans les bourses séreuses sous-cutanées.

Traitement. — Cette affection ne saurait être guérie que par l'incision, mais il ne faut pas se dissimuler la gravité de cette opération qui peut déterminer une inflammation des plus violentes.

L'incision portera sur les deux portions de la tumeur, ou même divisera le ligament annulaire du carpe ; on videra complétement la tumeur des corps étrangers et du liquide qu'elle renferme. La double incision suffit dans la plupart des cas, et ce n'est que quand les corps étrangers ne peuvent être évacués complétement, qu'il faut se décider à diviser la poche sur toute sa longueur. Après l'opération, on aura recours aux irrigations continues, conseillées par M. Josse (d'Amiens), afin de modérer l'inflammation qui ne tarde pas à se développer.

BIBLIOGRAPHIE. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, Éd. Bichat, t. I, p. 192-193, 1798. — Villermé, *Dictionnaire* en 60 vol., t. LIV, p. 115, art. CAPS. SYNOVIALES PATH., 1821. — Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 176, éd. 1831. — Ollivier, *Dictionnaire* en 30 vol., 2e édit., t. V, p. 537, 1833. — Poulain, *Mémoire sur la crépitation des gaînes tendineuses*, in *Gaz. méd.*, 1835. — J. Cloquet, *Dictionnaire* en 30 vol., 2e édit., t. XIII, p. 584, 1836. — A. Leguey, *Recherches anatomiques chirurgicales et physiologiques sur les bourses synoviales des tendons fléchisseurs des doigts*, thèse, Paris, 1837, n° 374 — Dupuytren, *Des kystes séreux contenant de petits corps blancs ou hydatides*, in *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. II, p. 148, 2e édit., 1839. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 420. 1844. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.* Paris, 1843. — Deville, *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 210, 1851. — Gosselin, *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, 1851. — — Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.*, thèse de concours, 1851. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 33, 1851. — Baudoin, *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, thèse de Paris, 1855. — Foucher, *Note pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales de la région poplitée*, in *Gazette hebd.*, 1855, p. 271 ; *Mémoire sur les kystes de la région poplitée*, in *Archiv. gén. de méd.*, septembre 1856. — Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main*, thèse de concours, 1857. — Bidart, *De la synovite tendineuse chronique*, thèse de Paris, 1858. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 108 (*Système séreux*), 2e édition, 1859. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 131, 1863.

CHAPITRE III.

AFFECTIONS DE LA PEAU.

Nous traiterons dans ce chapitre du *furoncle*, de l'*anthrax*, des *verrues*, des *productions cornées*, des *kystes de la peau*, renvoyant à la première partie de cet ouvrage pour ce qui a trait aux *brûlures*, aux *plaies*, aux *ulcères*, etc. Quant à l'affection décrite sous le nom de *cancroïde*, *noli me tangere*, etc., nous renvoyons à ce qui a été dit en traitant du cancroïde.

Art. I. — Du furoncle.

Le *furoncle* est une maladie qui a son siége dans le tissu cellulo-graisseux contenu dans les aréoles de la face interne du derme. Tantôt cette affection inflammatoire intéresse un très-petit nombre de ces paquets graisseux, tantôt elle en comprend un nombre plus considérable. Dans le premier cas, on a affaire à un *clou* ou *furoncle ;* dans le second cas, la maladie prend le nom d'*anthrax furonculeux*, *simple*, *ou bénin*.

Le furoncle est constitué par une petite tumeur inflammatoire, se terminant presque toujours par la suppuration lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et laissant échapper avec le pus, une petite masse spongieuse, grisâtre, appelée *bourbillon*.

Anatomie pathologique. — Dupuytren pensait que le paquet blanchâtre désigné sous le nom de *bourbillon* était entièrement formé par le tissu cellulaire gangrené ; mais d'après M. Denonvilliers : « Dans le furoncle, il n'y a pas nécessairement étranglement et inflammation gangréneuse : ce que l'on prend pour du tissu cellulaire adipeux gangrené n'est qu'un produit de sécrétion qu'on pourrait appeler *matière bourbillonneuse.* » M. Nélaton a démontré en effet *que le bourbillon était un produit de sécrétion pseudo-membraneuse ;* il n'y a rencontré aucune des traces de l'organisation que l'on doit trouver dans tous les tissus sphacélés ; il prouve, en outre, qu'*il n'y a pas d'étranglement*, puisque la base des cônes celluleux est parfaitement libre, et que le sommet des petits cônes maintenu par des prolongements nerveux et vasculaires est seul frappé de gangrène.

Enfin, sans faire intervenir l'étranglement comme cause de la gangrène du tissu cellulaire, M. Malgaigne pense que l'inflammation furonculeuse est elle-même de nature gangréneuse.

Toujours est-il que l'examen microscopique du bourbillon offre dis-