

CHAPITRE II

MALADIES DES BOURSES SÉREUSES.

Comme on le sait, les bourses séreuses se divisent en deux espèces : les bourses séreuses sous-cutanées et les bourses séreuses des tendons et des aponévroses (Follin). Il faut donc étudier successivement les maladies propres à ces deux espèces d'organes.

ARTICLE 1^{er}. — MALADIES DES BOURSES SÉREUSES SOUS-CUTANÉES.

Rappelons ici que ces bourses séreuses sont normales ou bien accidentelles et résultent alors de pressions, de frottements répétés sur un même point des téguments et exercés de l'extérieur vers l'intérieur.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des bourses séreuses sous-cutanées.

Ces lésions sont des plaies ou des contusions, et les phénomènes qui en résultent diffèrent assez pour qu'on les étudie séparément (Follin).

A. — Plaies des bourses séreuses sous-cutanées.

Les plaies par instruments tranchants ou piquants ne donnent ordinairement lieu à aucun accident. La solution de continuité se réunit par première intention, et, dans la plupart des cas, l'inflammation ne se propage pas à la bourse séreuse elle-même.

Lors de plaie contuse, les phénomènes sont tout autres : tantôt la réunion a lieu sans grande inflammation; d'autres fois la lésion provoque une vive inflammation de la cavité séreuse qui se remplit de sérosité, puis de pus, liquides parfois mélangés à du sang épanché. Lorsque la plaie est large, la suppuration est fatale, mais si l'ouverture est étroite, il n'y a parfois qu'un épanchement de sérosité qui s'écoule peu à peu à l'extérieur et donne lieu à une fistule plus ou moins persistante. Dans quelques cas, la réunion rapide des bords de la plaie n'empêche pas l'exhalation de sérosité dans la bourse muqueuse, d'où l'apparition d'un hygroma aigu, pouvant devenir

chronique. Enfin, trop souvent, le tissu cellulaire qui environne la bourse séreuse, participe à l'inflammation, et il se développe un phlegmon plus ou moins étendu, parfois diffus (voyez *Phlegmon simple* et *Phlegmon diffus*).

Le diagnostic des plaies des bourses séreuses est facile; il suffit de se rappeler leur siège normal et accidentel; souvent aussi la solution de continuité laisse écouler un liquide séreux légèrement filant qui peut être pris pour de la synovie.

Le pronostic est plus grave lorsque les plaies sont contuses, ou qu'elles s'accompagnent de la présence de corps étrangers dans les tissus.

Traitement. — Conseiller le repos et l'immobilité des parties lésées; réunir par première intention dans les plaies par instruments tranchants ou piquants; éviter cette réunion dans les plaies contuses. Ces dernières doivent être traitées par les résolutifs au début et les émoullients dès que l'inflammation devient un peu vive.

Lorsque la bourse séreuse est enflammée et pleine de pus séreux ou phlegmoneux, il faut largement l'inciser pour éviter les fusées dans le tissu cellulaire voisin et un phlegmon diffus.

Nous avons aussi utilisé avec succès le drainage combiné aux injections alcooliques ou iodées.

B. — Contusions des bourses séreuses sous-cutanées.

La contusion des bourses séreuses peut être brusque, énergique : c'est la *contusion aiguë*; ou bien résulter de chocs incessants, mais peu intenses : c'est la *contusion chronique* (Follin), sur laquelle nous reviendrons plus loin.

La contusion aiguë peut déterminer, soit une *inflammation aiguë* de la bourse séreuse, soit un *épanchement sanguin* dans son intérieur. Le plus souvent, le sang épanché se coagule, la sérosité se résorbe et il reste une masse d'abord colorée, puis d'aspect fibrineux et stratifié au moins à sa périphérie, qui tapisse la cavité séreuse et qui ne nous paraît pas seulement dû à la fibrine du sang, mais certainement aussi à l'exsudat inflammatoire fourni par les parois de la bourse séreuse.

D'autres fois le sang ne se coagule pas, il reste presque liquide, sirupeux, offre l'aspect de la gelée de groseille et ne se résorbe que très-lentement.

Parfois enfin des phénomènes inflammatoires apparaissent; il se fait un épanchement de sérosité ou de pus qui se mêle au liquide

sanguin et tend à s'ouvrir à l'extérieur comme un véritable abcès sanguin.

Ces tumeurs sanguines des bourses séreuses sous-cutanées se développent très-vite, ce qui sert même à les diagnostiquer. Dans quelques cas, lorsque le sang qui les remplit s'est coagulé, on peut percevoir très-nettement la crépitation sanguine (voy. *Contusions*, p. 47); enfin les phénomènes inflammatoires qui peuvent succéder à ces épanchements sont très-intenses et souvent graves.

Traitement. — Au début on utilisera la compression, les réfrigérants, les astringents, les résolutifs, pour favoriser la résorption du sang et empêcher l'inflammation.

Dans les cas où cette complication apparaît, il faut user des antiphlogistiques et inciser la poche s'il y a du pus.

Lorsqu'il reste un épanchement sanguin qui ne se résorbe pas, on pourra le ponctionner, combiner la ponction à la compression et à l'injection iodée, enfin inciser et même enlever le kyste sanguin.

§ 2. — Lésions inflammatoires des bourses séreuses sous-cutanées.

Ces lésions sont aiguës ou chroniques.

A. Inflammation aiguë des bourses séreuses. — Hygroma aigu.

L'inflammation aiguë des bourses séreuses, nommée encore *hygroma aigu*, donne lieu à un épanchement séreux ou purulent qui remplit leur cavité. Quelquefois la collection de pus succède à la collection séreuse.

Étiologie. — Cette inflammation reconnaît pour cause une contusion tantôt violente, tantôt légère, mais constante et prolongée, par exemple un frottement continuel. Dans quelques cas elle résulte d'une lésion des tissus voisins (angioleucite, furoncle, etc.).

La goutte (J. Cloquet), le rhumatisme (Peter, Ball), la blennorrhagie (Cullerier, Fournier), peuvent aussi donner naissance à ces épanchements aigus.

Les abcès des bourses séreuses se rencontrent encore dans l'infection purulente.

Symptômes. — La région occupée par la bourse séreuse se tuméfié, la peau devient chaude, rougit, il se produit un épanchement fluctuant, ordinairement séreux, au moins au début. La douleur peut être très-vive, et on observe parfois un état fébrile marqué,

qui précède l'apparition des symptômes locaux lorsqu'ils sont de nature rhumatismale.

Sous l'influence d'un traitement approprié les phénomènes peuvent s'amender, et la collection séreuse se résorbe. Mais il n'est pas rare de voir survenir la suppuration (*Hygroma suppuré*).

Dans ces cas les phénomènes inflammatoires persistent, et si l'on vient à ouvrir les collections liquides, il s'en écoule un pus mal lié, séreux, floconneux, contenant parfois du sang, surtout lorsque le phlegmon succède à un traumatisme.

Si le pus accumulé dans la cavité séreuse n'est pas promptement évacué par une incision, il peut en résulter des accidents parfois très-graves, et tenant à la migration du liquide purulent dans le tissu cellulaire (*Phlegmon diffus*), dans les gaines tendineuses, dans les articulations voisines. Parfois l'évacuation du pus se fait spontanément et par ulcération des téguments, ce qui peut donner lieu à une ouverture persistante à bords durs et calleux, par laquelle continue à s'écouler un pus séreux et grisâtre.

La suppuration des bourses séreuses situées près des os peut entraîner de l'ostéite ou de la carie.

Diagnostic. — La tuméfaction diffuse des parties, les phénomènes locaux et généraux intenses peuvent faire croire à un *phlegmon circonscrit*, voire même à un *phlegmon diffus*. Cependant le siège de la lésion, la fluctuation rapide et circonscrite de la tumeur, pourront faire reconnaître l'hygroma aigu.

S'il existe une fistule, l'exploration avec le stilet permettra de s'assurer de l'intégrité des parties osseuses sous-jacentes, et d'explorer la cavité de la bourse enflammée (Follin).

La diathèse rhumatismale et l'absence de toute cause d'inflammation feront diagnostiquer l'hygroma aigu rhumatismal.

Pronostic. — Il peut être grave, surtout lors de suppuration de la poche celluleuse. Cette suppuration serait tout à fait exceptionnelle dans les cas d'inflammation rhumatismale (Boillerault).

Traitement. — Au début, on prescrira le repos, des applications froides et résolutives. On peut encore utiliser les antiphlogistiques, les sangsues par exemple.

La compression, les vésicatoires volants, facilitent la résorption de l'épanchement séreux.

Si la bourse séreuse suppure, il faut l'ouvrir largement (Padiou) et parfois cautériser la face interne de la cavité séreuse. Nous avons utilisé avec succès le drainage et les injections excitantes.

A-t-on affaire à une fistule persistante, on peut essayer la compression, les injections irritantes, la cautérisation de la cavité de la bourse séreuse. Enfin, il faudrait recourir à l'extirpation des bords calleux et indurés de la fistule (Follin).

B. Inflammation chronique des bourses séreuses. — Hygroma chronique.

Avec Follin nous rangerons sous ce titre une série d'altérations chroniques, caractérisées surtout par un épanchement de liquide dans la bourse séreuse et un épaissement considérable de ses parois.

Étiologie. — L'hygroma chronique résulte de frottements, de pressions répétées au niveau d'une bourse séreuse naturelle ou accidentelle.

On l'observe surtout au genou (bourse pré-rotulienne) et au coude (bourse rétro-olécrânienne); parfois il est profond et peut compliquer le diagnostic des tumeurs, celles-ci, par leur présence et par les frottements des parties voisines, pouvant donner naissance à des épanchements dans des bourses séreuses anormales (Massot).

Anatomie pathologique. — Les bourses séreuses enflammées chroniquement peuvent rester petites, ou bien acquérir de notables dimensions (Courtin, Brodie, Camper); il n'est pas rare d'en observer de grosses comme une orange.

La tumeur est généralement hémisphérique; arrivée à un certain volume, elle ne tend plus à augmenter (Follin).

Le liquide contenu dans la cavité kystique est d'ordinaire jaune filant et visqueux, il peut être tout à fait limpide et séreux, enfin il a été vu noirâtre, couleur chocolat et contenant des concrétions organiques ou calcaires (Rokitansky).

La paroi qui circonscrit la cavité de la bourse séreuse, est rarement mince et normale, le plus souvent elle est épaissie et opaque; cet épaissement est dû à une infiltration plastique de la paroi et à un exsudat de sa face interne constituant une pseudo-membrane organisée et très-vasculaire. Si l'on ouvre l'hygroma chronique, on constate très-souvent que sa face interne présente des sortes de végétations pédiculées, des brides (*Hygroma proliférant* de Virchow); ces saillies peuvent même se détacher de la paroi et flotter librement dans la cavité du kyste.

Ces sortes de corps étrangers, comparables à des grains de riz à moitié cuits, sont parfois en nombre considérable dans une même bourse séreuse (J. Cloquet). Ils résultent de l'exsudat plastique qui

tapisse la paroi celluleuse de la bourse séreuse, et non d'épanchements sanguins (Velpeau) ou de la présence d'hydatides, comme l'ont dit Raspail et Dupuytren. Dans certains cas ces productions pédiculées, ou brides, existent sans le moindre épanchement dans la cavité séreuse normale ou accidentelle; on peut même dire que le fait n'est pas très-rare. Cette altération des bourses séreuses serait comparable à la lésion décrite pour les synoviales sous le nom d'*Arthrite sèche* (Follin).

Nous avons observé plusieurs fois la *calcification* des parois épaisses d'un hygroma chronique. Pamard en a relaté un cas à la Société de chirurgie.

Symptomatologie. — Il est rare que l'hygroma chronique succède à l'hygroma aigu; le plus souvent l'exhalation séreuse, l'épaississement de la poche, les végétations de ses parois se développent lentement, d'une façon insidieuse et sans provoquer de phénomènes inflammatoires.

L'hygroma chronique donne lieu à une tumeur de volume variable, arrondie ou plutôt globuleuse, indolore, siégeant en un point où existe normalement une bourse séreuse; sa consistance est tantôt molle, tantôt très-résistante, ce qui dépend de la quantité de liquide épanché ou de l'épaisseur des parois kystiques. L'exploration attentive de la tumeur permet d'y percevoir de la fluctuation et même de la transparence lorsque la poche a de minces parois et que le liquide contenu est séreux. Dans le cas contraire, il est souvent impossible d'affirmer la présence d'un liquide dans une tumeur qui est solide et offre parfois, comme nous l'avons vu, une dureté pierreuse.

La *marche* de cette lésion est lente, quelquefois le développement de la tumeur s'arrête définitivement, une fois qu'elle a acquis un certain volume. Dans d'autres cas, la cavité kystique s'oblitére soit par exhalation fibrineuse de la paroi, soit par suite de la production de masses graisseuses, comme cela arrive dans les sacs herniaires (Follin). Le plus souvent, la tumeur, exposée à des chocs, devient le siège d'un épanchement sanguin, finit par s'enflammer et suppure, ce qui peut entraîner de graves complications et des fistules interminables, en particulier lorsque les parois résistantes ou calcifiées de la poche celluleuse ne peuvent revenir sur elles-mêmes.

Les symptômes fonctionnels sont surtout une gêne des mouvements, gêne variable, on le conçoit, selon la région occupée par l'hygroma.

Lorsque l'hygroma contient des productions fibrineuses pédiculées, mobiles, il donne au toucher une certaine sensation de frottement rude, ou de crépitation comparée à celle de la neige ou de l'amidon qu'on froisse entre les doigts.

294 et 401, Paris, 1843. — Olivier, *Dictionnaire* en 30 vol., art. BOURSES MUQUEUSES SYNOVIALES, t. V, p. 537, 2^e édit., 1846. — Lenoir, *Recherches sur les bourses séreuses sous-cutanées de la plante du pied, etc.*, in *Presse médicale*, 1837, n^o 7, p. 49. — Padiou, *Des bourses sous-cutanées et de leurs maladies*, thèse de Paris, 1839, n^o 41. — Massot, *Des kystes séreux ou hygromas profonds qui compliquent les tumeurs, etc.*, th. de Paris, 1854, n^o 60. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 108 (*Système séreux*), 2^e édit., Paris, 1859. — A. Pineau, *Et. sur les épanchements des bourses séreuses sous-cutanées*, thèse de Paris, 1866, n^o 117. — R. Virchow, 10^e *Leçon*, in *Pathologie des tumeurs* (tr. franç.), t. I, p. 191, 1867. — Boillerault, *Essai sur le rhumatisme non blennorr. des syn. tendineuses et des bourses séreuses*, thèse de Paris, 1874, n^o 10. — Voir en outre les classiques : Boyer, Nélaton, *Compendium*, Follin, et la bibliographie des *Affections des bourses tendineuses*.

ARTICLE II. — MALADIES DES BOURSES SÉREUSES TENDINEUSES.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des bourses tendineuses.

Les plaies par instruments tranchants ou piquants peuvent n'offrir que peu de gravité, car souvent la réunion se fait par première intention. Toutefois il faut songer à la possibilité d'accidents inflammatoires très-sérieux.

Les plaies contuses sont bien plus graves, et une synovite suppurée en est trop souvent la conséquence, heureux quand il ne se développe pas de phlegmon diffus.

Toutes ces plaies sont caractérisées par l'existence d'une solution de continuité par laquelle s'écoule un liquide filant, visqueux, très-analogue à la synovie, si bien qu'au niveau des articulations l'ouverture des gaines tendineuses peut être prise pour une plaie pénétrante articulaire, et *vice versa*.

Les contusions violentes peuvent déterminer un épanchement sanguin dans la gaine tendineuse, mais le fait est plus rare que pour les bourses sous-cutanées. Dans quelques cas, la contusion donne naissance à des phénomènes inflammatoires aigus ou chroniques; ces derniers se manifestent par une gêne douloureuse suivie de roideur dans les mouvements.

Traitement. — Lors de plaie nette, il faut immobiliser les parties et tout faire pour obtenir la réunion immédiate, en ayant grand soin de surveiller les moyens d'union utilisés et en particulier les sutures.

Si la plaie est contuse, ou bien si la réunion vient à manquer, il faut employer les émoullients, l'irrigation continue (Follin). Lorsque, malgré ces moyens, l'inflammation suppurative apparaît, il faut largement débrider les parties.

Dans les cas de contusion, on devra prescrire les résolutifs, les antiphlogistiques, les émoullients, selon l'intensité des phénomènes réactionnels.

La gêne des mouvements, qui résulte presque toujours de ces lésions diverses, sera combattue par des bains, des douches, le massage, les mouvements méthodiques (Follin).

§ 2. — Lésions inflammatoires des bourses tendineuses.

Comme pour les bourses séreuses sous-cutanées, on peut diviser les lésions inflammatoires des bourses tendineuses en *Synovites tendineuses aiguës* et *Synovites tendineuses chroniques*.

A. Synovites tendineuses aiguës.

On doit en distinguer deux variétés : l'une sèche décrite sous le nom de *Crépitation douloureuse des tendons*, de *Ténalgie crépitante*, *Ténosite crépitante*, de *Synovite crépitante*, d'*Ai*; l'autre caractérisée par un épanchement séreux ou séro-purulent (*Synovite aiguë avec épanchement*, *Synovite suppurée*).

Notons que ces deux formes peuvent être regardées jusqu'à un certain point comme deux degrés de la même affection (Follin).

1^o *Synovite crépitante.*

Cette variété de synovite aiguë résulte le plus souvent de contractions musculaires répétées, les gaines s'enflamment par suite du frottement exagéré des tendons qu'elles renferment.

On l'observe surtout aux membres supérieurs, au poignet, et plus spécialement chez les blanchisseuses, les menuisiers, les moissonneurs, les pianistes, etc. (Follin) Les gaines synoviales de la région tibio-tarsienne en sont assez fréquemment atteintes, en particulier à la suite de marches forcées chez les soldats.

Des violences extérieures pourraient lui donner naissance.

Anatomie pathologique. — Elle est mal connue; toutefois il est permis de supposer que la surface interne de la coulisse tendineuse se dessèche, se recouvre d'un exsudat plastique, et que la crépitation résulte du frottement réciproque de parties devenues rugueuses (Michon, Follin).

Symptômes. — Au début, les malades accusent une assez vive douleur, qui s'exaspère par la pression ou les mouvements; cette douleur ne tarde pas à se calmer, et les mouvements spontanés seuls la