

licate, aller jusqu'à lui, si toutefois une ouverture spontanée de la peau ne s'est pas encore faite; on saisit une de ses extrémités; on la fixe par un fil, on tire modérément et on dévide autour d'un morceau de bois ou sur un petit cylindre de papier ou de diachylon. Les tractions seront très légères, afin de ne pas briser le corps du nématode, ce qui nécessiterait de nouvelles recherches dans le foyer inflammatoire. Quelques heures suffisent parfois à cet enroulement du parasite; mais on cite des cas où il n'a pas fallu moins de cinq à six semaines. Dans ces derniers temps, on a proposé de tuer le dragonneau par une décharge électrique, mais nous nous imaginons que l'incision franche, la curette tranchante et les pansements antiseptiques en auraient très vite raison.

CHAPITRE III

AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES.

Les bourses séreuses sont de deux ordres : les unes, les *bourses séreuses* proprement dites, sont situées sous la peau en des points où les pressions et les mouvements sont nombreux; les autres, les *gainnes tendineuses*, enveloppent d'une manière plus ou moins complète les tendons et les aponévroses pour faciliter leur glissement; nous allons étudier successivement les affections qui peuvent atteindre les unes et les autres.

I

AFFECTIONS TRAUMATIQUES.

Elles consistent en *plaies simples*, en *plaies contuses* et en *contusions*. Les premières sont presque toujours sans gravité; un instrument tranchant ou piquant a ouvert la bourse séreuse : quelques gouttes d'un liquide visqueux mêlé à du sang s'écoulent par la solution

de continuité; mais, pour peu qu'on maintienne la région au repos, les bords de la plaie s'accolent et la réunion primitive est obtenue. Si, au contraire, le blessé continue ses travaux, et se livre à des mouvements intempestifs, si les lèvres de la diérèse sont souillées par quelque substance septique, ou bien encore lorsque le patient est atteint d'une tare constitutionnelle, une inflammation peut survenir, une sorte d'hygroma aigu, prélude lui-même d'un érysipèle phlegmoneux, trop fréquent en pareil cas.

Les *plaies contuses* provoquent beaucoup plus souvent cette complication; cependant plusieurs terminaisons sont possibles : tantôt, malgré leur vitalité précaire, les lèvres de la plaie, déchiquetées et irrégulières se réunissent par première intention; tantôt la cavité de la bourse séreuse s'enflamme et ses parois sécrètent un liquide jaune, visqueux, filant, transparent d'abord, puis mêlé à des globules de pus; ces phénomènes peuvent s'amender, l'orifice se refermer, mais un hygroma persiste, ou une fistule s'organise par où suintera une plus ou moins grande quantité de sérosité; tantôt enfin l'inflammation gagne de proche en proche, envahit les tissus voisins et on assiste à l'éclosion d'un phlegmon diffus. Pour éviter ces accidents redoutables, la plus grande immobilité de la région blessée est nécessaire; un pansement antiseptique rigoureux, une compression légère sont indiqués. Si, par malheur, l'inflammation se développait, de larges incisions, puis des bains antiseptiques prolongés en arrêteraient presque sûrement la marche.

Les *contusions* sont chroniques ou aiguës. Les premières, qui sont dues à des pressions fréquentes, provoquent, dans les parois de la bourse séreuse et dans son contenu, une série de modifications qui aboutissent à l'hygroma chronique, dont l'étude sera faite plus loin; les contusions *aiguës* se caractérisent par une déchirure des vaisseaux; un épanchement sanguin plus ou moins abondant en est la conséquence; il distend la cavité, la peau se soulève et on se trouve en présence d'une tumeur molle, fluctuante, arrondie qui occupe le siège exact d'une bourse séreuse; souvent la palpation permet de reconnaître l'existence de caillots qui s'écrasent sous le doigt avec une crépitation particulière; une ecchymose de teinte plus ou moins foncée ne tarde pas à colorer la peau. — Le siège de la tumeur, sa forme, sa production rapide après un traumatisme, la crépitation sanguine, l'ecchymose ne sauraient laisser le diagnostic en suspens.

La marche de ces tumeurs est des plus variables : parfois le sang épanché dépose sa fibrine; sa matière colorante se transforme et une collection transparente, une sorte de kyste à liquide citrin ou incolore remplace l'hématome; parfois, au contraire, le sang reste liquide et demeure un temps fort long sans modification appréciable : on dirait qu'il vient de quitter les vaisseaux avec ses hématies intactes, à peine crénelées; le plus souvent un caillot se forme dont les couches les plus superficielles sont jaunes, tandis que les plus centrales conservent une teinte brune presque toujours très foncée. Ici encore il faut compter avec les inflammations; un phlegmon circonscrit ou diffus s'allume, la collection s'ouvre et le caillot de la cavité est évacué avec le pus. Le traitement sera celui des abcès chauds. Dans le cas d'hématome, on aura recours à la compression d'abord, puis à la ponction capillaire suivie d'injection iodée; après l'échec de celle-ci l'incision et le lavage antiseptique ou l'extirpation des parois du kyste deviendront nécessaires.

II

HYGROMA AIGU.

L'*hygroma aigu* se caractérise par l'exsudation dans les bourses sous-cutanées d'un liquide tantôt séreux et tantôt purulent qui se collecte au milieu de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses.

Étiologie. — Les causes en sont multiples : les traumatismes d'abord, qu'ils ouvrent la cavité séreuse comme les plaies pénétrantes ou qu'ils la meurtrissent comme les contusions. Dans diverses professions, certaines bourses séreuses sont un siège plus habituel d'épanchement : la cavité prérotulienne s'enflamme souvent chez les parqueteurs, les botteleurs, les terrassiers, les maçons, les couvreurs, les moines contemplatifs et les religieuses; une pression, un heurt plus violent vient provoquer un processus plus actif dans ces tissus déjà chroniquement enflammés. N'est-ce pas ce qu'observa Chassaignac sur un saltimbanque bossu dont la gibbosité portait une bourse séreuse sur laquelle, à la parade, un compère multipliait

les coups de batte? — Les inflammations de voisinage provoquent encore des hygromas, qui sont parfois la conséquence d'un érysipèle, d'une lymphangite, d'un furoncle; l'influence de certaines maladies est incontestable, le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis, la goutte même et l'infection purulente.

Symptômes. — Ils sont peu compliqués : au niveau d'une région où existe une bourse séreuse normale ou accidentelle, la peau devient rouge, chaude et douloureuse; une tuméfaction arrondie soulève les téguments et la saillie en est trop régulière pour ne pas s'être développée dans une cavité préexistante; on y sent une fluctuation des plus nettes, tout au plus un peu voilée lorsque la bourse séreuse est cloisonnée et l'hygroma multiloculaire; dans ce cas quelques-unes des aréoles secondaires peuvent être enflammées sans qu'il y ait encore exsudation liquide et on perçoit une crépitation neigeuse ou amidonnée particulière. Ces phénomènes locaux s'accompagnent quelquefois d'une réaction générale : la fièvre s'allume, la soif est vive, des troubles gastriques apparaissent; ces symptômes, peu intenses et passagers, sont dus presque toujours à la maladie qui a provoqué l'hygroma, à une poussée de rhumatisme articulaire par exemple.

Après cet épisode aigu, l'inflammation s'apaise et la tumeur devient chronique, mais il est d'autres cas où les téguments s'ulcèrent et le liquide s'évacue, tantôt séreux, citrin, transparent, — et il en est toujours ainsi dans le rhumatisme, — tantôt purulent, épais et floconneux. Ce ne sont pas là les seules terminaisons qu'on observe : une fistule peut s'organiser; les bords en deviennent calleux et durs, et par l'orifice s'écoule une petite quantité de liquide séro-purulent; dans d'autres cas, un véritable phlegmon diffus se développe; le pus franchit les barrières peu résistantes qu'offrent les parois des bourses séreuses et envoie des fusées dans le tissu cellulaire circonvoisin; au niveau du coude, les inflammations de la cavité séreuse olécraniennne ont souvent revêtu cette forme envahissante. Au pied, la bourse sous-cutanée « l'oignon », qu'on trouve au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil a parfois évacué son pus non au dehors, mais dans la jointure elle-même.

Ces complications, toujours possibles, donnent au pronostic de l'hygroma aigu une certaine gravité, mais en général l'affection

évolue sans faire courir de danger à l'organisme. Le *diagnostic* est des plus simples : le siège spécial de la tumeur, sa forme particulière, sa fluctuation permettent d'en reconnaître facilement l'origine; à peine, lorsqu'il existe déjà une fistule, pourrait-on croire à une altération osseuse, mais le stylet montrera les os sous-jacents recouverts de leur membrane périostale; rappelons toutefois que des caries et des ostéites ont pu succéder à un hygroma.

Traitement. — Il consiste à immobiliser la région enflammée, à exercer sur elle une pression méthodique; parfois on aurait ainsi évité l'inflammation; des vésicatoires atteindraient, dit-on, le même but. Si du pus se développe, l'incision est de rigueur; on donnera une large issue au liquide et, après avoir pratiqué des lavages antiseptiques dans la cavité, on exercera une compression légère sur les parois; nous avons par ce moyen, obtenu plusieurs fois la réunion primitive. Pour les fistules, lorsque les injections irritantes ont échoué, l'incision et le raclage de la poche, voire même son extirpation, sont indiqués.

III

HYGROMA CHRONIQUE.

L'hygroma chronique est caractérisé par un épaissement des parois de la bourse séreuse que distend un liquide d'aspect et de quantité variables.

Étiologie. — Il succède rarement à une inflammation aiguë et c'est peu à peu que la tumeur se développe, sans douleur appréciable, sans rougeur, sans réaction d'aucune sorte; les pressions souvent répétées, les heurts habituels sur une bourse séreuse accidentelle ou normale en sont la cause ordinaire, et nous le retrouvons surtout aux régions prérotulienne et olécraniennne, dans les mêmes corps de métier que l'hygroma aigu. Il apparaît aussi autour des néoplasmes : Bérard aîné en disséqua deux, formés, à droite et à gauche, sur la clavicule d'un individu porteur d'un énorme encéphaloïde du cou qui reposait sur le haut du thorax. Massot cite un grand nombre de faits analogues; mais les recherches contemporaines

prouvent qu'il a exagéré la fréquence de ces tumeurs, surtout dans les cas d'adénomes du sein.

Anatomie pathologique. — Bien que dilatées et distendues par la sérosité qui remplit la bourse muqueuse, les parois de l'hygroma sont d'ordinaire épaissies : des néo-membranes se sont ajoutées les unes aux autres et forment des lames concentriques, des strates dont la structure rappelle celle des pachyméningites et des hématocèles vaginales; on y trouve du tissu cellulaire jeune où les éléments embryonnaires très abondants sont parcourus par de riches réseaux capillaires; aussi n'est-il pas rare de constater, entre les diverses couches, des foyers ecchymotiques dus à la rupture de petits vaisseaux. Ces tissus, en vieillissant, prennent une organisation plus élevée; ils deviennent fibreux, et les couches les plus internes peuvent se recouvrir d'incrustations calcaires : souvent aussi on y constate des élevures, des saillies qui se pédiculisent bientôt; leur attache se rompt et des corps flottants, semblables à des grains de riz, tombent au milieu du liquide.

Celui-ci présente de grandes différences d'aspect : il est souvent transparent, de couleur citrine, filant, visqueux comme de la synovie; d'autres fois il est trouble, presque opaque; il tient en suspension des grumeaux fibrineux, des caillots sanguins; tantôt il a la consistance et la teinte du chocolat, tantôt il est tout à fait rouge, ou jaune ou verdâtre suivant les métamorphoses qu'a subies l'hématine du sang épanché. Lorsqu'une inflammation s'est déclarée dans la poche, la cavité se distend outre mesure et des amas purulents se mélangent à la sérosité, à l'épanchement sanguin préexistant : un traumatisme, une violence extérieure quelconque a fait de l'hygroma chronique un hygroma aigu.

Symptômes. — D'ordinaire la tumeur se développe lentement en une région connue pour avoir une bourse séreuse; la peau se soulève et dessine bientôt une saillie hémisphérique, complètement indolore; les parois de la cavité se distendent, la fluctuation est des plus nettes, et lorsqu'il existe des grains riziformes, flottant dans le liquide, on perçoit une crépitation spéciale, une sensation d'amidon ou de neige, le passage de petits corps pressés entre les doigts. Lorsque l'épanchement est limpide et pour peu que les parois soient distendues on constate une certaine transparence; ce signe est assez exceptionnel, car, d'habitude, les membranes enkystées, incrustées

ou non de sels calcaires, sont épaissies, indurées, et les rayons lumineux ne peuvent les traverser. Il est des cas où le liquide est peu abondant et la cavité presque oblitérée par la rétraction des parois, la production de tissus fibreux ou de masses graisseuses.

L'évolution de l'hygroma est des plus simples : une fois que la tumeur a atteint le volume d'un œuf — nous parlons de la région prérotulienne, son siège le plus habituel, — elle reste stationnaire et persiste un temps indéfini; cependant on cite certaines collections qui ont atteint la grosseur d'une tête de fœtus. Dans quelques cas exceptionnels, l'hygroma se rompt et son liquide est absorbé dans les tissus avoisinants; mais la guérison définitive est rare et l'hygroma se reproduit; on l'a vu revenir sur lui-même par rétraction des parois et se transformer en un noyau dur, de consistance cartilagineuse. Une des terminaisons les plus fréquentes est l'inflammation. A la suite de quelque violence, la tumeur rougit, s'échauffe, devient douloureuse, la peau s'ulcère, un liquide séreux, hémattique ou purulent s'échappe au dehors; parfois des fusées de pus franchissent les limites de l'hygroma et on a un phlegmon diffus; parfois la réaction est peu vive et une fistule s'établit; parfois enfin la guérison définitive est la conséquence du processus inflammatoire.

Diagnostic. — Il est des plus simples : la forme hémisphérique de la tumeur; sa fluctuation habituelle son siège en un point particulier où l'anatomie relève l'existence d'une bourse séreuse ne laissent aucun doute; seules les tumeurs développées dans des bourses profondes, sous les muscles fessiers et le psoas iliaque par exemple, seront difficiles à reconnaître, surtout lorsque les parois épaissies, calcifiées, d'une dureté pierreuse éveilleront l'idée d'une tumeur solide; la ponction exploratrice ne fournira plus de renseignements aussi précis que dans les cas où la poche est souple et bien distendue par le liquide. — Le *pronostic*, fort sérieux autrefois, s'il survenait une inflammation diffuse, a perdu sa gravité depuis les nouveaux pansements, et la chirurgie, jadis très timide à leur égard, est maintenant fort audacieuse.

Traitement. — On a proposé, contre l'hygroma, un nombre indéfini de moyens thérapeutiques; les résolutifs tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, les vésicatoires volants; puis la compression, l'écrasement de la poche de manière à en chasser le contenu dans les tissus environnants qui l'absorberont : les dilacérations sous-

cutanées des parois aboutissent au même résultat; les sétons, le drainage suivi d'injections antiseptiques fréquentes, la ponction simple suivie de compression, moyens dont quelques-uns, les derniers surtout, ont pu réussir pour des hygromas petits, à parois minces et souples. Nous en disons autant de la ponction avec injection iodée. Récemment on a obtenu des succès en vidant la poche avec un trocart et en faisant pénétrer dans la cavité une solution d'eau phéniquée à 5 pour 100; lorsque le liquide injecté ressort absolument limpide, on entoure le membre de ouate et l'on exerce une compression assez énergique; en moins de huit jours la guérison peut être observée.

A cette heure, pour peu que ce dernier moyen ait échoué, on n'hésite pas à inciser largement la poche, à l'évacuer de son liquide, de ses caillots sanguins, de ses masses fibrineuses et des corps flottants qu'elle peut contenir; on enlève, à la curette tranchante, les concrétions calcaires des parois, les néomembranes épaisses, les tissus peu vasculaires; on met alors au contact, après un bon drainage, les surfaces cruentées. Il est même des cas où l'on n'hésite pas à exciser tout ou partie de la membrane d'enkystement; avec l'arsenal actuel de l'hémostase, on n'a plus à redouter les hémorragies observées par Nélaton, et, avec les pansements antiseptiques, on évite les complications redoutables qui, dans deux cas de Velpeau, eurent la mort pour conséquence.

IV

AFFECTIONS SYPHILITQUES ET TUBERCULEUSES.

Les *lésions syphilitiques* des bourses séreuses décrites pour la première fois par Verneuil et par Fournier sont de deux ordres : tantôt elles revêtent la forme d'un hygroma et coïncident le plus souvent avec les accidents secondaires; tantôt c'est une gomme qui se dépose dans la cavité. Nous ne ferons l'histoire ni de l'une ni de l'autre de ces affections : la première reproduirait la description de l'hygroma subaigu ou chronique; la seconde se confondrait avec l'étude des gommes sous-cutanées; disons seulement que ces manifestations de la vérole sont rares et que les bourses olécraniennes et pré-tibiales en sont le siège le plus habituel.

Les *lésions tuberculeuses* des bourses séreuses sont encore assez mal connues : Terrier en a signalé; en 1882 nous en avons observé un cas dans la bourse de la malléole externe. Peut-être certains abcès froids de la fesse, attribués sans preuves à des lésions osseuses, ont-ils quelquefois cette origine.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DES GAINES TENDINEUSES.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Elles sont de deux sortes : les plaies proprement dites, piqûres, coupures, plaies contuses, d'une part, et, d'autre part, les contusions. Les *plaies* se caractérisent par l'issue d'une certaine quantité de liquide filant et onctueux, sécrété par les parois séreuses. Au bout de peu de temps cette effusion s'arrête; on observe, généralement, la réunion primitive des bords de la solution de continuité; mais parfois les lèvres se tuméfient, rougissent, l'inflammation gagne la cavité et un phlegmon diffus se déclare. Or on en connaît la gravité : si d'ordinaire il guérit, il laisse des adhérences entre les tendons et les tissus ambiants, souvent une gêne, voire une véritable impotence fonctionnelle.

Les *contusions* sont rarement limitées aux gaines tendineuses : presque toujours les muscles, les articulations, les os participent au traumatisme. Ici encore la sécrétion s'exagère, la cavité est distendue; parfois, il est vrai, du sang se mélange au liquide séreux; l'inflammation et toutes ses conséquences sont fort à redouter. — Le traitement consiste dans une immobilité rigoureuse des parties blessées, dans une compression méthodique, dans l'antiseptic. S'il y a solution

de continuité, l'occlusion de la plaie, sa suture sont indiquées; si, malgré ces précautions, l'inflammation s'allume, les bains tièdes continus et les débridements la limiteront sans doute. Plus tard, après cicatrisation, les massages, les douches sulfureuses, une gymnastique progressive et appropriée, essayeront de rendre aux tissus leur souplesse et aux tendons leur mobilité.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Nous décrirons ici les *synovites tendineuses aiguës*, les *synovites chroniques*, les *épanchements séreux avec ou sans grains riziformes*, et, à l'exemple de Follin et de Terrier, nous en rapprocherons certains kystes périarticulaires ou péri-tendineux nommés *ganglions*.

1° SYNOVITES AIGUES.

On en a beaucoup multiplié les formes : Schwartz, dans le dictionnaire de Jaccoud, décrit, comme espèces distinctes : la *synovite sèche*, la *synovite plastique*, la *synovite purulente* et la *synovite séreuse*. Nous les considérerons plutôt comme des variétés; car, si chacune d'elles peut évoluer en conservant ses premiers caractères, on peut les voir se combiner ou se succéder.

Étiologie. — Les *synovites aiguës* ont souvent pour cause un traumatisme, une contusion dans la région des gaines, une coupure, une piqûre, une intervention opératoire, suture des tendons ou ténotomie; elles peuvent encore être provoquées par une phlegmasie de voisinage : à la suite des panaris du petit doigt et du pouce, on voit éclater la *synovite* des grandes gaines de la main et de l'avant-bras. Certaines maladies générales, le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis; quelques fièvres graves, la scarlatine, la variole, surtout la fièvre typhoïde et l'infection purulente ont une influence non moins manifeste. Mais ces diverses causes ne produisent pas indistinctement toutes les variétés de *synovites*.