

devient dure, la palpation permet d'y reconnaître la présence d'une collection liquide, indolore. Peu de jours après, ce n'est plus un liquide dont la palpation décèle l'existence, mais bien des masses grumeleuses qui s'écrasent et crépitent sous la pression des doigts. La coloration spéciale aux ecchymoses est déjà visible. L'épanchement sanguin se résorbe peu à peu, laissant bien souvent après lui une masse dure qui se rétracte de plus en plus et finit par acquérir une consistance cartilagineuse.

Bien différente, ainsi que nous le verrons, est la marche des symptômes lorsqu'il s'agit d'un *hygroma aigu*. La collection liquide ne se montre plus brusquement, elle est précédée de phénomènes inflammatoires plus ou moins accentués.

Enfin, comme l'a fait observer CHASSAIGNAC, il peut se produire une rupture de la bourse séreuse. Supposons une de ces cavités remplie par un épanchement chronique, et une chute ou un coup violent sur la région; la paroi de la bourse, dans certaines conditions, sera rompue sans plaie des téguments, le liquide s'épanchera dans le tissu cellulaire; cet accident déterminera parfois la guérison de l'hygroma, mais pourra être le début de phlegmons graves.

Traitement. — A la suite d'une contusion de ce genre, on immobilisera, autant que possible, la région malade. Révulsifs et topiques froids préviendront les accidents inflammatoires; plus tard, une compression méthodique favorisera la résorption de l'épanchement sanguin. Si, dès le début, la quantité de ce liquide était considérable, il ne faudrait pas hésiter à faire une ponction aspiratrice, on hâterait ainsi considérablement la guérison.

§ 2. — Plaies et plaies contuses

Les plaies par instrument piquant, n'intéressant absolument qu'une bourse séreuse seule sont rares et ne présentent aucune gravité, elles passent d'ordinaire inaperçues; la réunion par première intention est la règle dans ce cas. La gravité des plaies par instrument tranchant ne paraît pas beaucoup plus grande, on doit néanmoins se mettre dans les meilleures conditions pour obtenir la réunion immédiate et prévenir la suppuration. Il faudra donc se garder avec soin des explorations inutiles, immobiliser l'articulation correspondante, et appliquer le pansement de Lister dans toute sa rigueur.

Plus sérieuses sont les plaies contuses. Lorsqu'il s'agit d'une bourse d'une certaine étendue, on voit fréquemment, le deuxième ou le troisième jour, les bords de la plaie se tuméfier. Les jours suivants, une sécrétion de sérosité commence à se produire, et l'inflammation se propageant au tissu cellulaire amène parfois un phlegmon grave. Le chirurgien se montrera donc très circonspect dans ce cas, si la plaie a peu d'étendue; après en avoir régularisé les bords, il cherchera comme précédemment la réunion par première intention. Si la surface contuse est plus grande, la plaie dilacérée, nous ne saurions trop recommander l'emploi de bains antiseptiques au membre supérieur, et pour le membre inférieur, la pulvérisation phéniquée pendant une heure, matin et soir.

CHAPITRE II

INFLAMMATION DES BOURSES SÉREUSES

§ 1^{er}. — Hygroma aigu

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clinique*, 1839, t. II, p. 148. — OLLIVIER, *Dict. de méd. en 30 vol.*, t. V, 1833. — VELPEAU, *Ann. de la chirurgie franç.*, 1843. — BARTHÉLEMY, *Gaz. méd.*, 1839. — JAMES JOHNSON, *The Lancet*, 1844. — *Compendium de chirurgie*, t. II, 1845. — MALGAIGNE, *Revue médico-chirurgicale*, déc. 1853. — ERICHSEN, *The Lancet*, 1859. — BARWELL, *A Treatise on diseases of Joints*, London, 1861. — METTENHEIMER, *Arch. f. Anat. und Physiologie*, 1865. — VIRCHOW, *Path. des tumeurs*, t. I^{er}, p. 191, 1867. — C. WEBER, *Encyclopédie chirurgicale de Pitha et Billroth*, t. II, part. 2, sect 5. — VALETTE, *Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1875, p. 298. Thèses de Paris. — 1829, PADIEU. — 1854, MASSOT. — 1866, PINEAU. — 1874, BOILLERAULT. — 1877, RAUGE.

Étiologie. — Les causes qui entraînent l'inflammation aiguë d'une bourse séreuse peuvent être rangées en deux grandes catégories : causes locales et causes générales.

a. *Causes locales.* — 1^o Dans cet ordre d'idées, nous avons signalé déjà l'influence d'un traumatisme violent; tout le monde connaît l'histoire du bossu de CHASSAIGNAC, chez qui des coups répétés sur sa gibbosité amenèrent la suppuration d'un hygroma artificiel.

2^o La présence d'un angioloécite sur un membre peut déterminer l'inflammation et la suppuration d'une bourse séreuse (VERNEUIL), un furoncle situé dans le voisinage d'une de ces cavités agirait de même (hygroma furonculaire de CHASSAIGNAC).

b. *Causes générales.* — L'hygroma aigu a été noté comme complication de quelques affections générales. Certaines observations prouvent son existence dans le cours de l'infection purulente. PETER, dès 1864, en signalait la présence sur un sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu; BALL, l'année suivante, observait un fait analogue; enfin, en 1874, un élève de PETER a publié quelques faits de ce genre, dans sa thèse inaugurale.

Symptômes. — L'inflammation aiguë des bourses séreuses se traduit par une vive douleur au niveau de la région malade, les téguments sont le siège d'une rougeur inflammatoire assez intense. Le tissu cellulaire avoisinant participe quelquefois à ces lésions, de là un gonflement variable de la région. Au bout de peu de jours, la palpation fait reconnaître, dans l'intérieur de la bourse, la présence d'une collection liquide. Les phénomènes généraux sont d'ordinaire assez modérés; sur la fin de la première semaine les phénomènes

locaux diminuent, le liquide se résorbe peu à peu et tout rentre dans l'ordre. Dans d'autres cas, au contraire, l'inflammation devient de plus en plus vive, le gonflement de la région augmente, elle est empâtée; une collection purulente se forme. Si le chirurgien ne se hâte pas de donner issue au pus, la collection s'ouvre d'elle-même, ou bien le pus, perforant les parois de la séreuse, gagne le tissu cellulaire et détermine la formation d'un phlegmon sur la gravité duquel nous n'insisterons pas.

Il est enfin, à l'hygroma aigu, une troisième terminaison possible. Il passe à l'état chronique.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic n'offre pas de difficultés. Le siège de la maladie, l'état inflammatoire des parties éclaireront suffisamment le chirurgien; lorsque le pus se forme, l'augmentation d'intensité des phénomènes généraux, l'œdème qui se produit dans la région éveilleront l'attention. Le pronostic de la maladie, bénin jusqu'alors, change subitement, on doit se hâter, en donnant issue au pus, de prévenir les accidents dont nous avons parlé.

Traitement. — Il faut tout d'abord immobiliser la région, s'opposer à la marche envahissante de l'inflammation par les révulsifs, les sangsues, les émoullients. Dès que l'on soupçonne la présence du pus, on doit ouvrir largement la cavité et faire dans son intérieur des injections détersives et antiseptiques. Le drainage rend, dans ce cas, les meilleurs services; les bains locaux, les pulvérisations phéniquées seront aussi employés avec avantage. Lorsque la suppuration commence à diminuer, une compression légère hâtera la cicatrisation et favorisera le rapprochement des parois.

§ 2. — Hygroma chronique

Définition. — On désigne sous ce nom l'inflammation chronique des bourses séreuses. Cette affection s'accompagne d'ordinaire d'épaississement des parois de la poche et d'épanchement de liquide dans sa cavité.

Étiologie. — Les contusions, pressions, frottements de tout genre, bien que peu intenses, peuvent, lorsqu'ils sont fréquemment répétés au niveau d'une bourse séreuse, déterminer la formation d'un hygroma. On comprend dès lors l'influence de certaines professions sur le développement de la maladie, influence telle, que la présence d'un hygroma acquiert parfois en médecine légale une importance capitale. Les métiers dans lesquels on travaille à genoux amènent une formation d'hygromas prérotuliens. Ces tumeurs sont souvent très considérables chez les ouvriers qui grattent les parquets (fig. 26), chez les asphaltiers, dont les travaux nécessitent la position accroupie; on observe des cas analogues chez les divers religieux dont l'occupation principale consiste à passer des heures entières, agenouillés et absorbés dans la vie contemplative. Les tailleurs de meules, obligés de s'appuyer sur les coudes, ont des hygromas volumineux au niveau des olécranes, etc.

Anatomie pathologique. — Dans l'hygroma nous avons à étudier : 1^o la cavité; 2^o le contenu.

a. *Cavité.* — La paroi de la poche ne présente au début aucune altération;

peu à peu l'irritation continuant, elle ne tarde pas à s'épaissir, et si la tumeur date de quelques mois, surtout de quelques années, il n'est pas rare de trouver la poche indurée, comme cartilagineuse. Ainsi transformé l'hygroma peut parfois induire en erreur; la fluctuation étant plus difficile à constater, il a été

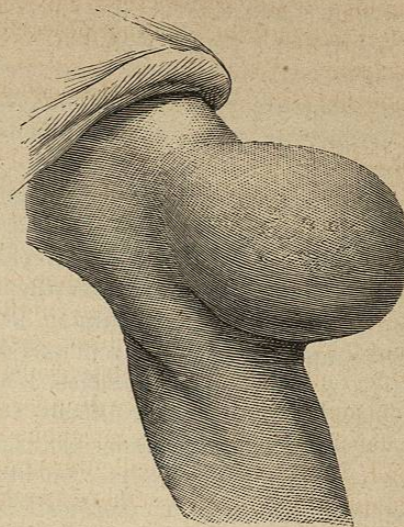


Fig. 26. — Hygroma chronique chez un raboteur de parquet, observé par l'un de nous au conseil de revision de Paris.

pris pour une tumeur solide. Des dépôts calcaires, souvent assez étendus, augmentent encore dans certains cas la dureté des parois.

A la face interne de la poche, lisse d'ordinaire, se montrent dans quelques cas des végétations sur la nature desquelles nous reviendrons. L'examen histologique a permis de reconnaître que l'épaississement de la poche était dû à une infiltration plastique; on y rencontre en effet des noyaux et des éléments fibro-plastiques, à tous les degrés de développement. Les indurations que nous avons signalées sont formées par des éléments calcaires et des corpuscules graisseux qui apparaissent tardivement. Dans ces parois ainsi hypertrophiées se montrent des artères déjà volumineuses dont la section donne lieu à des hémorragies sérieuses. Le contenu de la cavité varie : habituellement il est constitué par une sérosité, tantôt incolore, tantôt citrine, rarement albumineuse; le liquide est parfois plus épais, trouble, presque mucilagineux, ou bien il est mélangé de sang, se présente avec une couleur chocolat; enfin on peut se trouver en présence de pus. Dans ces exsudats, certains auteurs ont noté l'existence de cholestérine pure ou mêlée à des substances albumineuses. A la face interne de ces bourses séreuses nous avons signalé la présence de végétations qui, dans certains cas, se pédiculisent, puis le pédicule se rompt; de là la présence dans la cavité de petits corps de volume variable, analogues à des grains de riz, sur l'origine et la structure desquels nous aurons occasion de revenir à propos de la synovite tendineuse.

Symptômes. — L'hygroma se présente en général sous forme d'une tumeur

plus ou moins volumineuse, fluctuante ou rénitente, indolore, mobile, siégeant en un point où normalement l'anatomie place une bourse séreuse. Si l'on interroge le malade, on apprend que cette masse s'est développée lentement, sans amener aucun trouble dans la santé générale, et presque toujours on ne tarde pas à découvrir, soit dans les habitudes, soit dans la profession même du sujet, la cause de l'existence de la tumeur. Très souvent l'hygroma n'amène aucune gêne dans les mouvements de l'articulation voisine, parfois c'est le contraire; enfin, les mouvements du membre, sans être gênés, deviennent dans certaines positions douloureux ou impossibles. Rappelons, pour être complets, les cas dans lesquels la poche épaissie donne la sensation d'une tumeur solide.

Diagnostic. — Les caractères précédents, les commémoratifs, le siège de la tumeur permettront dans la majorité des cas d'établir le diagnostic; de plus, comme l'hygroma résulte d'habitude de pressions répétées, la peau, à son niveau, se montre épaissie, rugueuse, presque écailleuse, circonstance qui ne saurait manquer d'attirer l'attention du chirurgien. Dans le cas d'épaississement des parois, si les symptômes que nous venons d'énumérer ne suffisent pas, on pourra recourir à la ponction exploratrice. L'hygroma des bourses séreuses profondes est souvent d'un diagnostic difficile, et pour arriver à établir la nature de la tumeur on est obligé de procéder par exclusion.

Marche et pronostic. — L'hygroma chronique constitue une infirmité des plus bénignes; abandonné à lui-même il n'a d'ordinaire aucune tendance à la guérison. On a bien signalé des cas de résorption du liquide, mais ce sont là des exceptions. Une autre terminaison, parfois fort heureuse, est celle qui se produit dans le mécanisme signalé par CHASSAIGNAC: chute ou contusion, violente, rupture de la poche, épanchement de liquide dans le tissu cellulaire, résorption, guérison.

Traitement. — Une foule d'onguents, de topiques résolutifs ont été préconisés contre l'hygroma, nous ne nous y arrêterons pas. Les révulsifs, combinés au repos et à la suppression de la cause productrice peuvent dans certains cas, seuls ou unis à la compression, produire de bons résultats. Les vésicatoires répétés, les pointes de feu, les moxas ont été successivement pronés. Dans l'emploi de ces moyens, il faut se laisser guider par la date du développement de la tumeur; si l'épanchement est ancien les révulsifs sont inutiles, c'est au traitement chirurgical que l'on aura recours. Les procédés chirurgicaux se divisent en deux grandes catégories. Les uns ont pour but de provoquer l'oblitération de la cavité; d'autres, plus radicaux, consistent à enlever ou à détruire complètement la tumeur.

A. Oblitération de la cavité. — Pour provoquer l'oblitération de la cavité, on a tour à tour conseillé: 1° l'écrasement; 2° la ponction à ciel ouvert ou sous-cutanée, simple ou avec aspiration et injection iodée; 3° le séton; 4° l'incision; 5° le thermo-cautère.

Écrasement. — Procédé fort brutal, il ne peut être employé que pour des tumeurs récentes. Le mécanisme de la guérison est celui signalé par CHASSAIGNAC.

Ponction. — Simple, à ciel ouvert ou sous-cutanée la ponction constitue une méthode palliative ordinairement suivie de la reproduction du liquide.

ASSELIN, dès 1803, proposa d'injecter du vin chaud dans la cavité, et relata un fait de guérison ainsi obtenu. Plusieurs cas analogues furent rapportés; depuis VELPEAU cependant, l'usage de la solution de teinture d'iode à divers titres a prévalu (on emploie en général la teinture d'iode mélangée de $\frac{2}{3}$ de son poids d'eau, une cuillerée de solution d'iodure de potassium à $\frac{5}{100}$ permet le mélange des liquides). A la suite de cette manœuvre le kyste s'enflamme, et reprend son volume normal. L'exsudation plastique amenée par l'inflammation, jointe à une compression méthodique, produit l'adhérence des parois. (Nous supposons bien entendu la poche simple.)

Séton. — Conseillé par MONRO, le séton agit en provoquant la suppuration de la poche. Outre qu'il est de longue durée, ce procédé peut être dangereux.

Incision. — Préconisée par SYME et STANLEY, employée par SÉDILLOT, cette méthode consiste à fendre la tumeur ou à l'ouvrir circulairement, puis à irriter sa surface interne en la bourrant de charpie, par exemple, de façon à obtenir la suppuration de la poche, et la formation de bourgeons charnus. Il faut naturellement que l'on puisse adosser les parois de la cavité. Lorsqu'elle est indurée, cet adossement devient difficile, la poche, suivant l'expression de CHASSAIGNAC, faisant *coque de carton*.

Thermo-cautère. — Dans ces dernières années, DANIEL MOLLIÈRE a proposé l'emploi du thermo-cautère; son procédé comprend trois temps:

Premier temps. Avec le couteau porté au rouge blanc, le chirurgien sectionne la peau, jusqu'à la tumeur. C'est là le seul temps douloureux.

Deuxième temps. Ouverture de la poche dont on vide ensuite le contenu aussi exactement que possible.

Troisième temps. Avec le couteau au rouge sombre l'opérateur touche en divers endroits la face interne de la cavité de façon à la modifier. Des contre-ouvertures sont faites, si on le juge nécessaire, pour favoriser l'écoulement du pus.

Le membre est immobilisé dans une gouttière; des compresses phéniquées constituent le traitement.

B. Destruction de la poche. — a. *Excision.* — L'excision consiste à enlever une partie ou la totalité de la tumeur et avec elle les téguments. MOSNIER donnait la préférence au procédé de CHOPART, qu'il nommait *rasement*. Pour le pratiquer on doit ouvrir l'hygroma, puis enlever circulairement la peau et la paroi antérieure du sac.

b. *Extirpation.* — Conseillée par PÉZERAT (*Journal des sciences médicales*, 1827), elle se pratique de deux façons.

1° L'hygroma est énucléé comme une tumeur ordinaire, sans ouverture de sa cavité.

2° On incise la tumeur, son contenu s'écoule et chacune de ses moitiés est énucléée séparément (BÉRARD). L'hémostase préventive, à l'aide de la bande d'ESMARCH, facilitera ces opérations, que le voisinage des articulations rend particulièrement graves.

c. *Abrasion de la poche (Procédé de Volkmann).* — 1° Le sac est incisé sur une étendue de 0^m,01 à 0^m,03 son contenu est vidé; 2° les grains riziformes pédiculés ou adhérents sont enlevés avec les ciseaux; 3° les parois de la poche

sont ruginées à l'aide de la curette; 4° l'intérieur du sac est lavé avec une solution phéniquée à 5 p. 100; 5° drainage, pansement de Lister rigoureux. Il faut avoir soin de placer de chaque côté de l'incision un bourrelet assez épais pour que le bandage comprime la région et rapproche les parois de la poche.

§ 3. — Syphilis des bourses séreuses

Les lésions syphilitiques des bourses séreuses ont été étudiées pour la première fois dans ces dernières années par VERNEUIL et FOURNIER (1868 et 1873).

Les accidents observés d'ordinaire, sont les gommés. Là comme ailleurs elles sont des manifestations de la période tertiaire. Les bourses séreuses les plus souvent atteintes sont par ordre de fréquence : les bourses prérotuliennes, olécraniennes, épitrochléennes.

Les débuts de l'affection paraissent lents et insidieux, elle présente tous les caractères des gommés, et trois périodes manifestes : formation, ramollissement, ulcération. Beaucoup plus rare est l'hygroma syphilitique. Ce dernier se développe surtout pendant le cours des accidents secondaires. VERNEUIL toutefois a signalé, en 1873, deux cas de ce genre survenus à la période tertiaire, sans aucune lésion concomitante du squelette. Le traitement ne saurait différer de celui des accidents syphilitiques de la période à laquelle correspond le développement de la tumeur : Frictions mercurielles à l'extérieur, iodure de potassium seul ou associé suivant le cas aux préparations martiales ou mercurielles à l'intérieur.

II^e AFFECTIONS DES GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

Les bourses séreuses des tendons, étudiées d'abord par FOURCROY (1785) et MONRO (1799), ont été dans ces dernières années l'objet d'un certain nombre de monographies des plus remarquables. Les travaux des auteurs contemporains ont démontré que plusieurs états diathésiques prédisposent particulièrement aux maladies de ces bourses, et que, de plus, quelques affections locales entre autres la blennorrhagie, ont la remarquable propriété de réveiller et même de révéler ces prédispositions constitutionnelles.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION AIGUË DES GAINES SYNOVIALES

§ 1^{er}. — Inflammation simple des gaines synoviales

L'inflammation, dans les gaines synoviales, peut se manifester sous deux formes distinctes : ou bien il ne se produit pas d'épanchement liquide dans la

INFLAMMATION AIGUË DES GAINES SYNOVIALES.

gaine (synovite sèche), ou bien il y a exsudation d'un liquide plus ou moins abondant (synovite aiguë franche, avec épanchement).

A. — SYNOVITE SÈCHE. — AÏ. — TÉNOSITE CRÉPITANTE

Bibliographie. — POULAIN, *Mém. sur la crépité. des gaines tendineuses*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 385. — LARGER, *De la production de la synovite crépitante par torsion exagérée de l'avant-bras sur le poignet et de son siège anatomique*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881 et 1882, et *Revue de chir.*, 1882.

Ces divers termes servent à désigner l'inflammation aiguë des gaines synoviales, sans épanchement. Signalée par DESAULT et BOYER, l'affection a été bien étudiée pour la première fois par VELPEAU.

Siège. Étiologie. — L'ail se localise surtout en certaines régions, là où les tendons sont enfermés dans des gaines fibreuses et serrées. Aux membres supérieurs la synovite crépitante se rencontre d'ordinaire sur les gaines des tendons de la région postérieure du poignet, et spécialement sur les tendons des muscles radiaux. Aux membres inférieurs, l'affection, plus rare, siège de préférence sur les muscles de la région antérieure de la jambe. On observe habituellement l'ail sur les sujets qui font exécuter à leurs muscles des mouvements violents ou leur demandent un travail pénible et continu. De là sa fréquence chez les ouvriers de certaines professions (menuisiers, ébénistes, blanchisseuses), et le grand nombre de cas observés chez les adultes, particulièrement sur les sujets du sexe masculin.

Dans un mémoire récent, LARGER a cherché à localiser exactement la synovite crépitante. D'après cet auteur les muscles radiaux externes seraient munis de deux gaines distinctes : l'une, gaine *carpienne inférieure*, est celle que l'on signale habituellement dans les traités d'anatomie; l'autre, non encore décrite, située à l'avant-bras, gaine *antibrachiale* ou *supérieure*, serait le siège exclusif de l'ail.

Anatomie pathologique. — RICHEL se croit en droit de conclure de ses expériences sur les animaux que le premier degré de l'inflammation des synoviales est caractérisé par la chute de l'épithélium qui tapisse leur face interne. Ce serait donc aux frottements des feuillets dépolis de la synoviale l'un contre l'autre qu'il faudrait attribuer le symptôme caractéristique de cette affection. Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs, MICHON et FOLLIN en particulier attribuent ce phénomène à une exsudation plastique qui se formerait dès le début de la maladie.

Symptômes. — La syllabe *ail!* par laquelle ceux qui ressentent des douleurs vives et aiguës traduisent leur souffrance a été employée par VELPEAU pour dénommer la synovite crépitante. La douleur est en effet un des symptômes principaux de l'affection. Presque nulle pendant l'état de repos du membre, à peine augmentée par la pression, elle acquiert une intensité extrême lors de l'accomplissement des mouvements involontaires ou provoqués. Au niveau du point douloureux, la peau conserve d'habitude sa couleur normale. Le phénomène caractéristique de la maladie est une sensation de crépitation parti-

PATROL. EXTERNE.