1° *Méthode oblitérante.* — L'écrasement, analogue à celui qu'on pratique encore pour certains kystes synoviaux, était préconisé par Monro et Cloquet; les hygromas très petits, tout récents, et de paroi mince, en pourraient seuls être justiciables.

On a pratiqué encore la discision ou la dilacération sous-cutanée de la poche liquide; mais, comme à la suite des ruptures, la poche ne tarde pas à se reconstituer.

La *compression*, énergique et méthodiquement appliquée, a donné des succès à Volkmann; on la combine ordinairement à la ponction simple; si l'on a soin de maintenir assez longtemps le bandage compressif, la tumeur peut s'affaisser et disparaître peut-être, mais les récidives, sous l'influence renouvelée des mêmes causes, ne se font pas attendre.

La *ponction suivie d'injection* est d'usage fort ancien. Asselin (1803) recommandait, comme pour l'hydrocèle, « le bon vin chaud ». Depuis Velpeau, la teinture d'iode est presque seule en honneur; on l'injecte mélangée de deux tiers d'eau et additionnée d'une cuillerée de solution d'iodure de potassium à 5 pour 100. La compression est l'adjuvant mécanique de cette méthode irritante.

On ne songe plus à détruire l'hygroma par les caustiques, comme l'avaient fait Celse, Ledran, Monteggia et Charmetton; mais Daniel Mollière, plus récemment, s'est servi du thermocautère; il incise, avec le cautère porté au rouge blanc, la peau jusqu'à la tumeur; il l'ouvre, il cautérise sa face interne, et ménage, s'il le faut, des contre-ouvertures; puis le membre est immobilisé, et un pansement antiseptique est appliqué. Il ne semble pas que ce procédé soit entré dans la pratique, et du reste, une intervention plus simple et plus complète est à la portée du chirurgien.

En somme, la méthode oblitérante ne trouve guère d'application heureuse que dans les hygromas de date relativement récente, à paroi peu épaisse et encore élastique. Dans d'autres conditions, et ce sont les plus fréquentes, il faut avoir recours à l'autre méthode.

2° *Méthode destructive.* — Par l'excision, procédé ancien, on réséquait une partie ou la totalité de la poche, avec la peau qui lui adhérait : c'est ainsi que Chopart faisait le *rasement circulaire* de la paroi antérieure du sac et de la peau, qu'il sectionnait au niveau de leur pédicule d'implantation rotulienne.

Deux procédés restent aujourd'hui en présence, et ce sont les rapports du kyste, ses adhérences, son volume, son siège qui fournissent les indications de l'un ou de l'autre : l'*extirpation* — ou l'*incision suivie de grattage*.

L'*extirpation* n'est pas une opération née d'hier : Pezerat la conseillait dès 1827, et après lui, Hervez, Bérard, etc. C'est l'intervention de choix, quand la tumeur n'est pas de grosseur excessive et qu'elle se laisse décortiquer; on procède de deux façons : la peau incisée, le kyste est isolé sur toute sa surface, et, comme une tumeur, on l'énuclée en entier, sans l'ouvrir; ou bien, s'il est trop gros, on l'incise, on le coupe en deux, et chacune des moitiés de la poche est disséquée et enlevée à son tour (Bérard). On a conseillé, pour faciliter la dissection du sac, d'évacuer d'abord son contenu liquide, puis de pousser dans sa cavité une injection de blanc de baleine qui, solidifiée, en fait en réalité une tumeur solide (Pozzi).

L'extirpation ne saurait toujours être totale; on se contente alors de réséquer

tout le segment antérieur de la poche, en laissant sa paroi profonde, adhérente aux aponévroses ou aux os [1].

Volkmann cite deux faits de récidive après l'extirpation, et, comme tous deux ont trait à des hygromas pré-rotuliens, il suppose que la collection primitive siégeait dans l'une des bourses superficielle ou moyenne, et qu'elle s'est reproduite dans la bourse profonde : il serait donc utile, en pareil cas, de sectionner le surtout tendineux pré-rotulien et de prolonger la dissection jusqu'au périoste de la rotule.

L'*incision et le grattage* sont aujourd'hui d'une pratique courante. Le kyste ouvert, on le vide, on abrase les corpuscules pédiculés ou les végétations de sa face interne, on gratte sa paroi à la curette tranchante : un lavage soigné à la solution phéniquée à 5 pour 100 ou au chlorure de zinc à 1/10, le drainage, la suture et un pansement antiseptique et compressif terminent l'opération. Le membre est immobilisé pour quelques jours, et, si l'antisepsie a été suffisante, le drain peut être rapidement supprimé, et la cicatrisation ne tarde pas.

Les cicatrices opératoires, exposées à leur tour aux pressions et aux traumatismes professionnels, sont susceptibles de devenir douloureuses, ou même de servir de point de départ à des néoplasmes (voy. plus loin : *Néoplasmes des bourses séreuses*); aussi sera-t-il nécessaire de prévenir autant que possible ces compressions, et de protéger la région avec une genouillère, etc.

Le traitement des complications est soumis à quelques indications spéciales : lors d'hémorragie intra-kystique, le repos du membre, les résolutifs, et plus tard l'incision antiseptique seront les principaux moyens à employer; la suppuration nécessite une incision large et précoce. Les fistules sont d'une cure assez souvent difficile : le meilleur procédé consiste à recourir à l'abrasion de la poche, qu'on débride sur une sonde cannelée introduite par l'orifice même de la fistule.

Il ne faut pas oublier, enfin, que certains hygromas diathésiques guérissent seuls, ou sous l'influence d'un traitement général, combiné à des moyens locaux très simples, la ponction et la compression, par exemple.

IV

TUBERCULOSE DES BOURSES SÉREUSES

Forget, Hygroma à grains riziformes de la bourse de la patte d'oie. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1855-1856, p. 45. — Riedel, Zur Pathologie des Kniegelenks. *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, Bd. X, p. 45. — Nicaise, Poulet et Vaillard, Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains riziformes. Cas rare d'hygroma à grains riziformes de la cuisse. *Revue de chir.*, 1885. — Quénu, Hygroma tuberculeux à grains riziformes de la bourse de la patte d'oie. In Thèse de Pardo de Tavera, 1886, obs. XII. — Karl Trainer, Ueber Erkrankungen der bursa mucosa glutæo-trochanterica. *Diss. Greifswald*, 1885. — Garré, *Loc. cit.* (voy. *Synovites tuberculeuses*). — Critzman, Hygroma tuberculeux à type myxomateux. Congrès de Limoges, août 1890 et *Médecine moderne*, 1890, p. 658. — Martin, Contribution à l'étude des

[1] Le voisinage des grandes articulations doit rendre l'opérateur prudent, quand il arrive aux points de communication ordinaires; au genou, on a vu l'hygroma pré-rotulien, remontant au-dessus de la rotule, se mettre en contact, sur les bords interne ou externe du triceps, avec les prolongements de la synoviale articulaire, ainsi exposés au bistouri (Delpech, Volkmann).

hygromas tuberculeux; hygroma tuberculeux à type myxomateux. Thèse de doct., 1890. — Peugniez, Tuberculose primitive de la bourse séreuse du jumeau interne. *Gazette médicale de Picardie*, août 1891. — Albert Manz, Beiträge zur Entstehung der Reiskörperchen mit besonderer Berücksichtigung der Schleimbeutel-hygrome. *Dissert. Freiburg-in-Br.*, 1892. Lejars, La tuberculose des bourses séreuses (hygromas tuberculeux). *Revue de la tuberculose*, 1893, nos 1 et 2. — Ottiger, Ueber die Bildung der Reiskörperchen in den Schleimbeuteln. *Diss. Zürich*, 1894. — Delorme, Hygroma sous-deltoïdien tuberculeux. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1894, p. 469. — Landow, Riese, Goldmann, *Loc. cit.* (Synovites à grains riziformes).

La tuberculose des bourses séreuses est loin d'être rare; un grand nombre de faits anciens, publiés sous le titre d'Hygroma fongueux, rentrent certainement dans ce cadre. Depuis une dizaine d'années, les observations, dûment étudiées, et pourvues du contrôle histologique et bactériologique, se sont multipliées : leur nombre permet de tracer aujourd'hui une histoire à peu près complète des hygromas tuberculeux.

Étiologie. — La tuberculose a été observée dans la plupart des bourses séreuses; bourses rétro-olécrânienne, sous-deltoïdienne, sous-ischiatique, trochantériennes, pré-patellaire, infra-patellaire, malléolaires [1], de la patte d'oie [2], dans la bourse du psoas, les bourses poplitées, certaines bourses accidentelles, etc.

Elle est *primitive* ou *secondaire*.

Nous n'insisterons pas sur l'étiologie des hygromas tuberculeux *primitifs* : il est évident qu'on retrouve d'ordinaire un « agent d'appel », que des frottements, des chocs répétés, un traumatisme professionnel quelquefois, provoquent, dans telle ou telle bourse séreuse, un état d'irritation permanente ou passagère, qui crée un excellent terrain à la tuberculose.

Secondaire, la tuberculose « bursale » succède à une lésion de même nature d'un os ou d'une articulation voisine. Il arrive même qu'on ne puisse déceler aucune connexion directe entre le foyer primitif et l'hygroma « circonvoisins »; dans une coxalgie, Volkmann trouva la bourse du psoas transformée en un abcès froid, gros comme le poing, et complètement isolé.

Anatomie pathologique. — On peut distinguer trois formes principales de la tuberculose des bourses séreuses : 1° l'*hygroma fongueux*; 2° l'*hygroma à grains riziformes*; 3° l'*hygroma myxomateux*. Comme nous allons le voir, l'hygroma séreux (hydrops tuberculosus), et l'abcès froid des bourses séreuses doivent rentrer dans le type de l'hygroma fongueux, dont ils ne représentent que des stades d'évolution.

Hygroma fongueux. — C'est le type le plus commun. Au début, le contenu du kyste est encore séreux, la paroi n'est que peu épaissie, mais elle est semée de fines granulations tuberculeuses. Ce stade initial échappe souvent à l'observation.

D'ordinaire, le contenu est purulent ou caséeux, et la cavité est tapissée de fongosités : en l'ouvrant, on retrouve, en petit, l'aspect des tumeurs blanches; épaisse, mollasse, d'un jaune rougeâtre, la paroi est infiltrée de tubercules, d'âge différent et de type variable : la constatation du bacille de Koch, le résultat

[1] M. Reclus signale un cas d'abcès froid de la bourse séreuse de la malléole externe, observé en 1882 (*Manuel de path. externe*, t. I, p. 320).

positif des inoculations ne laissent aucun doute sur la nature de cet hygroma fongueux. Ajoutons qu'ici encore (voy. *Synovite fongueuse*) la rareté des bacilles et le succès tardif des inoculations dénoncent une forme relativement atténuée de la tuberculose et une virulence amoindrie.

Plus tard, et surtout dans les hygromas secondaires, le ramollissement caséeux envahit toute la bourse, qui n'est plus dès lors qu'un véritable abcès froid.

Hygroma à grains riziformes. — Il nous faudrait répéter ici ce que nous avons dit des synovites de la même variété : ce sont les mêmes grains, en nombre souvent considérable, la même structure et des grains et de la paroi. La nature tuberculeuse de « l'affection à grains riziformes » des séreuses a été démontrée pour la première fois, par Nicaise, Poulet et Vaillard, à l'examen d'un hygroma de la cuisse droite; il occupait la face postéro-externe de la cuisse, sur une longueur de 10-11 centimètres et une largeur de 20 centimètres, il était sous-aponévrotique et ne donnait lieu qu'à une fausse fluctuation. On songeait à un myxo-sarcome. A l'incision, on le trouva bourré de grains, sans liquide; leur masse totale pesait 390 grammes. Dans la paroi, on mit en pleine évidence des nodules tuberculeux et des bacilles de Koch.

Depuis, MM. Garré, Manz, Ottiger, Landow ont publié des faits du même genre : la pathogénie des grains semble être la même dans les bourses que dans les gaines, les particularités de structure étant, dans l'un et l'autre cas, absolument identiques.

Hygroma myxomateux. — M. Critzmann en a donné un premier exemple : il s'agissait d'un kyste du jumeau interne, rempli d'une matière gélatiniforme, rouge jaunâtre, tremblotante, translucide : la paroi était semée de granulations tuberculeuses, et l'inoculation du contenu myxomateux, comme celle de la paroi, fut positive. D'ailleurs, le genou était lui-même le siège d'une tumeur blanche au début, qui se confirma au bout de quelques mois.

On a constaté ce même contenu gélatiniforme ou myxomateux dans la tuberculose des gaines (Lyot) et dans certaines formes de tuberculose articulaire [1]. L'examen soigné des « ganglions » permettrait peut-être d'accroître le nombre de ces faits.

Symptômes. — L'évolution clinique de l'hygroma tuberculeux se résume en deux phases successives, une première où, encore intact et fermé, il forme *tumeur*, et une autre, où cette tumeur ramollie et ouverte, est devenue *fistuleuse*.

Il n'est pas rare qu'au début ce soit par un noyau, une plaque épaissie et granuleuse, développée dans la paroi de la bourse, que l'affection se révèle : la cavité séreuse est encore vide et sèche, l'hygroma proprement dit ne paraîtra que plus tard.

Plus fréquent, sans doute, est l'hygroma séreux, l'*hydrops tuberculosus* des bourses séreuses, souvent latent, presque toujours indolore, qui survient sans cause appréciable, et s'éternise, sans être « justifié » par aucun traumatisme professionnel.

[1] Nous avons pratiqué, en 1892, une résection du genou, pour une de ces *tumeurs blanches à contenu myxomateux* : le genou était énorme et donnait la sensation d'une masse résistante un peu dépressible, qu'on eût dite *coulée sous pression* dans la cavité articulaire. Il était tout entier rempli d'*une matière d'aspect amorphe, jaune, légèrement translucide, qui tremblotait au choc de l'ongle*. Cette gangue gélatineuse s'infiltrait partout et encroûtait cartilages et ligaments.

Une fois constitué, à sa période « adulte », l'hygroma, devenu fongueux, se distingue surtout par l'épaisseur de sa paroi, qui parfois donne la sensation d'une masse compacte. Elle est empâtée, mollasse, et souvent la fluctuation reste obscure et partielle; il faut remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans l'hygroma chronique, plus la tumeur vieillit et grossit, plus la paroi devient molle et pseudo-fluctuante : elle s'achemine plus ou moins vite vers l'abcès froid, qui est le terme ultime et nécessaire de son évolution.

Dans l'hygroma à grains riziformes, on retrouve, sous la pression alternative des deux mains, le bruit de chaînon, que nous avons étudié ailleurs, de netteté variable suivant la proportion respective du liquide et des grains.

L'hygroma myxomateux, décrit par M. Critzmann, formait une « tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Elle était rénitente, manifestement fluctuante, bien circonscrite, et immobile sur les parties profondes ».

A une date plus ou moins tardive, l'hygroma tuberculeux se *fistulise*. Le stylet, introduit dans ces trajets, pénètre dans la cavité, irrégulière, fongueuse et saignante, de la bourse séreuse, qui, souvent alors, s'est rompue en un ou plusieurs points, laissant la tuberculose se diffuser autour d'elle. Un grand nombre de fistules des bourses séreuses reconnaissent une semblable pathogénie.

C'est alors que surviennent les complications de voisinage, l'extension aux os, aux articulations, aux corps charnus, à la peau.

Le pronostic, relativement bénin à la période « d'encapsulement », cesse de l'être, à ce moment.

Diagnostic. — Il est à faire surtout avec l'hygroma chronique simple et avec la syphilis gommeuse des bourses séreuses.

On ne confond l'hygroma fongueux avec l'hygroma chronique simple qu'aux premiers stades de son évolution, alors que sa paroi épaissie reste compacte et presque dure. Plus tard, quand elle se ramollit, quand la cavité se remplit de matière caséeuse, quand il s'agit d'un véritable abcès froid, il en est tout autrement.

Dans une observation publiée par M. Demars, la tumeur occupait la bourse séreuse de la patte d'oie : on crut à une gomme, et la ponction ne donna issue qu'à du liquide jaunâtre. Mais, au palper, on sentait une sorte de crépitation neigeuse et la collision de petits corps étrangers : ce fut d'après ce symptôme que le diagnostic d'abcès froid de la bourse séreuse fut définitivement porté. L'incision le vérifia, et il devait se confirmer bientôt d'une façon éclatante. Huit jours après le grattage de la poche, on découvrit un abcès froid dans les masses charnues de l'avant-bras, des hémoptysies survinrent, et en vingt-cinq jours le malade avait succombé. Du reste, dans un cas douteux, le traitement spécifique rendrait de grands services.

Signalons seulement les tumeurs des bourses séreuses, dont nous allons reparler plus loin.

Nous savons que le bruit de chaînon peut manquer dans l'hygroma à grains riziformes, et, d'autre part, on peut retrouver une crépitation toute semblable dans une poche séreuse bilobée, ne renfermant que du liquide clair. Il faut reconnaître pourtant qu'il manque rarement et qu'il est presque toujours caractéristique.

Enfin un hygroma à grains riziformes né dans une bourse péri-articulaire

pourrait faire penser à l'*arthrite à grains* proprement dit : Landow en donne un exemple (Hygroma sous-deltoïdien).

A la période fistuleuse, il faut s'assurer avant tout que le trajet conduit bien à une bourse séreuse, et qu'il n'aboutit pas à un autre foyer, osseux ou articulaire.

Traitement. — Il se résume en une formule très simple : l'*extirpation*.

La compression, la ponction, les injections d'éther ou de glycérine iodoformée, et même les injections périphériques de chlorure de zinc ne reconnaissent, croyons-nous, que des indications tout exceptionnelles. En présence de la forme primitive et encore circonscrite de l'hygroma tuberculeux, il est de sage pratique de ne pas s'attarder à une médication toujours longue et de résultats douteux.

L'extirpation est le procédé de choix : bien faite, elle enlève tout et d'emblée; elle ne laisse pas perdre le bénéfice de l'encapsulement, de la localisation encore étroite du processus au territoire de la bourse séreuse. Il faut toujours et largement dépasser les limites de la tumeur et tailler en plein dans le tissu celluloadipeux ambiant : la curette détruira les culs-de-sac qui auraient échappé au bistouri. Ceci s'applique aux trois variétés d'hygroma tuberculeux.

Lors d'hygroma fistuleux, c'est encore à l'extirpation qu'il faudra recourir, extirpation plus difficile alors, parce que la cavité séreuse est devenue ordinairement fort irrégulière, et qu'il faut poursuivre, au bistouri ou à la curette, tous les diverticules. Le grand point est alors la recherche de la lésion osseuse qui existe souvent, et dont l'évidement est la condition nécessaire d'une guérison qui, sans cela, s'est fait attendre quelquefois dix ou quinze ans.

V

SYPHILIS DES BOURSES SÉREUSES

Nous renverrons, pour leur histoire, au chapitre de la *Syphilis des gaines tendineuses* dont l'étude s'est faite simultanément : rappelons seulement les noms de Verneuil et de Fournier, et la thèse de Moreau, qui renferme un excellent exposé des « lésions syphilitiques tertiaires des bourses séreuses » sous-cutanées.

Ici encore, la syphilis peut se manifester à l'un ou à l'autre de ses deux stades, *secondaire* ou *tertiaire* : au premier, elle détermine l'hydropisie, l'*hygroma subaigu*, et Fournier en cite un cas dans la bourse séreuse prérotulienne [1]; au second, elle est beaucoup plus fréquente, et les *gommes des bourses séreuses sous-cutanées*, plus souvent observées que celles des gaines tendineuses, sont loin d'être exceptionnelles.

C'est, en général, un accident tardif; si on les a vues au dix-huitième mois de la vérole, à la fin de la seconde année, elles se sont produites, chez d'autres malades, cinq, six, sept, huit, et même vingt, vingt-quatre, quarante ans après le chancre; et ordinairement elles s'accompagnaient d'autres accidents, de

[1] Couteaud, *Hygroma syphilitique de la bourse de Psoas. Gazette hebd.*, 5 sept. 1891.

nature tertiaire. Dans un tiers des cas, d'après Jullien, la tumeur reconnaissait une cause occasionnelle traumatique.

Les gommes sont souvent doubles, symétriques, ou bien encore elles affectent à la fois une bourse sous-cutanée et une bourse tendineuse. Leur siège d'élection est la bourse pré-rotulienne (Jullien en a rassemblé 13 cas), puis celles de la tubérosité antérieure du tibia, de la patte d'oie (Verneuil), de la malléole interne, de l'olécrâne, ou encore une bourse accidentelle de la paume de la main, au niveau du deuxième métacarpien (Chouet), ou celle qui se développe sous un cor (Jullien). Elle peut se voir encore sous l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et cette localisation devient d'un haut intérêt, quand la tumeur s'ulcère, comme nous le verrons. Enfin Labarthe a signalé une gomme, grosse comme la moitié d'un œuf de pigeon, au bord radial de la première phalange de l'index droit, chez un menuisier : on sait qu'il existe, chez les menuisiers, une bourse séreuse professionnelle, à ce niveau.

Nous avons dit qu'un traumatisme, une compression, etc., se retrouvait, dans un certain nombre de cas, au début de l'affection. Sa marche est, ici encore, très lente : la tumeur, grosse comme une noisette, une noix, un œuf de poule, rénitente plutôt que dure, adhérente à l'os et à la peau, en vient à s'ulcérer, suivant le processus que nous exposions plus haut, pour les gommes des gaines tendineuses, et l'ulcération revêt des allures et une physionomie identiques.

Le diagnostic peut être assez délicat.

L'hygroma syphilitique se différencie aisément des autres variétés d'hygroma, et en particulier de l'hygroma blennorragique, par son indolence ordinaire, sa marche lente, la rapidité avec laquelle il cède au traitement spécifique, enfin, par la coexistence d'autres indices de l'infection vénérienne.

Mais la gomme est susceptible de donner le change pour un hygroma chronique, un hématome ancien de la bourse séreuse, un abcès froid, une périostose syphilitique.

L'hygroma chronique est, en général, fluctuant, ou, s'il est fibreux et à paroi très épaissie, sa consistance est plus dure que celle de la gomme, et ainsi en est-il encore de l'hématome ancien.

L'abcès froid présente une fluctuation plus nette qu'une gomme ramollie, et la ponction permettrait le diagnostic. Ulcéré, il s'entoure d'un bord décollé et mince qui ne ressemble pas au cratère gommeux.

La périostose syphilitique est plus dure, elle aussi, elle est encore plus diffuse, et ne forme pas un relief aussi nettement circonscrit.

Enfin la gomme ulcérée et fongueuse peut simuler la tuberculose : le traitement tranchera la question. En certains points spéciaux, elle peut revêtir encore d'autres ressemblances cliniques, et Chouet fait remarquer qu'il y aurait lieu de décrire un mal perforant d'origine syphilitique, dû à l'ulcération gommeuse de la bourse sous-métatarso-phalangienne du gros orteil.

Pour le traitement, deux mots suffiront : traitement mixte, ou traitement ioduré, à la période tertiaire, activement poursuivi; pansement local aux bandelettes de Vigo, ou encore à l'iodoforme, si la gomme est ulcérée.

VI

NÉOPLASMES DES BOURSES SÉREUSES

O. de Pezzer, Des tumeurs solides des gaines synoviales. Thèse de doct., 1880. — Ranke, Die Geschwülste der Schleimbeuteln. *Arch. für klin. Chir.*, 1886. — Chavasse, Myxome kystique de la région sous-rotulienne, extirpation, guérison. Rapport de Schwartz à la Soc. de chir., 14 décembre 1887. — Estor, Sarcome primitif de la bourse séreuse pré-rotulienne du genou droit, récidive. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, 18 novembre 1888.

A en juger par le silence des *Traités*, on pourrait croire presque inconnues les tumeurs des bourses séreuses; seul, Nancrède leur consacre une mention dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*.

Et pourtant Platner rapportait déjà l'histoire d'un « ganglion » qui occupait le tendon d'Achille et sa bourse séreuse, et qui amena la mort du malade en se transformant en cancer. Holscher, en 1811, dans sa traduction du livre de Brodie, faisait remarquer, à propos du traitement de l'hygroma, que les interventions actives avaient quelquefois fait naître le cancer ou le fongus hématode. John Simon (1847), Schuh (1854), Denonvilliers, Verneuil (1854) rapportaient des faits de néoplasmes des bourses séreuses; Dollinger en publiait un autre cas en 1878; enfin Ranke, dans un excellent mémoire, en esquissait pour la première fois, d'après les données antérieures et deux observations nouvelles, une étude d'ensemble.

Depuis, le myxome kystique de la région sous-rotulienne, communiqué par Chavasse à la Société de chirurgie, et le sarcome primitif de la bourse séreuse pré-rotulienne droite, qu'Estor a relaté et figuré dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, ont grossi encore ce dossier. Nous tenons de Nicaise qu'il avait observé deux cas de sarcome de la bourse pré-rotulienne, l'un dans le service de Dolbeau, et l'autre dans sa propre pratique; dans les deux faits, le néoplasme s'était greffé sur un ancien hygroma. C'est donc d'après un certain nombre d'observations bien authentiques, sans compter les faits incomplets, que l'on peut tracer aujourd'hui, au moins dans ses grandes lignes, l'histoire des néoplasmes des bourses séreuses.

Une distinction s'impose d'abord, celle des *tumeurs proprement dites*, qui naissent aux dépens de la bourse séreuse elle-même, et des *pseudo-tumeurs* ou encore des *néoplasmes d'origine cicatricielle*.

Au groupe des *pseudo-tumeurs* appartiennent plusieurs variétés d'hygroma chronique, que l'on trouve désignées dans les auteurs sous le nom d'hydro-sarcome, de fibrome pré-rotulien (Mettenheimer), etc.

Les *néoplasmes cicatriciels*, de leur côté, ont été signalés par Erichsen, après l'opération sanglante de l'hygroma; ils ne présentent, en réalité, de spécial qu'une fréquence peut-être plus grande, suffisamment expliquée par les heurts et les pressions auxquels est exposée une cicatrice pré-rotulienne.

Parmi les *néoplasmes proprement dits*, 5 fois sur 12 il s'agissait de *sarcomes*, sarcomes fibro-plastiques dans les deux faits de Verneuil, sarcome mou, à extension rapide, dans celui d'Estor, sarcome hémorragique, dans une des observations de Ranke, sur laquelle nous allons revenir.

Le *myxome* figure pour trois cas : Chavasse a vu un myxome kystique de la