

cette ouverture ne se ferme point, et l'on voit persister un orifice fistuleux, à bords durs, calleux, doués d'une mobilité assez grande.

Il faut craindre encore l'ouverture de ces collections de pus, soit dans les gaines tendineuses, soit dans une articulation. C'est au pied surtout qu'on observe ces terminaisons variées de la suppuration des bourses séreuses. Ainsi l'abcès qui se développe dans la bourse séreuse qu'on trouve à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil dévié (fig. 21) finit assez souvent, soit par une fistule, soit par une communication avec l'articulation voisine.

La suppuration des bourses séreuses accolées aux os peut amener la carie et est assez souvent confondue avec cette affection.

DIAGNOSTIC. — L'inflammation aiguë d'une bourse séreuse peut être prise pour un *phlegmon circonscrit* ; mais on l'en distinguera par le siège du mal et par la distension rapide de la partie dans laquelle se manifeste promptement de la fluctuation. Si l'on n'examine le malade qu'à l'époque où existe une fistule, on peut croire à une altération des os voisins. C'est en explorant avec soin, à l'aide d'un stylet, la cavité de la bourse séreuse, qu'on s'assurera de la non-existence d'une altération des os.

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces inflammations des bourses séreuses peut être sérieux, si la poche est très-voisine d'une articulation ou communique avec elle. D'autres circonstances peuvent encore donner de la gravité à ces lésions. Ainsi, quand un malade doit, dans les travaux de sa profession, exercer des frottements rudes sur la bourse séreuse enflammée, le pronostic s'aggrave notablement.

TRAITEMENT. — Au début, on peut combattre avec avantage cette inflammation par le repos de la partie malade et l'application de topiques résolutifs et froids. Si, malgré cela, les accidents continuent, il faut avoir recours aux applications de sangsues. Lorsque les accidents aigus ont disparu, si la résorption de la sérosité épanchée ne se fait pas facilement, on doit employer une compression méthodique et des vésicatoires volants.

Si l'on est convaincu de l'existence du pus, il ne faut point hésiter à lui donner issue au dehors par une assez large incision. Le pus évacué, la bourse séreuse se ferme quelquefois spontanément ; sinon, on cherchera à obtenir l'oblitération de la cavité en excitant la formation des bourgeons charnus par quelques topiques et même en cautérisant légèrement sa surface interne.

Les fistules qui succèdent aux inflammations des bourses séreuses guérissent quelquefois difficilement, surtout si les bords de la fistule sont épais, indurés et recouverts d'épiderme. On essayera d'abord la compression maintenue exactement pendant trois ou quatre jours à l'aide de bandelettes ; quelques injections irritantes pourront, à défaut de la compression, rendre ici un véritable service ; mais on a souvent besoin de recourir à l'incision de la fistule et à une cautérisation énergique de la

cavité. Enfin, dans des cas tout à fait rebelles, il faut pratiquer l'excision partielle du kyste, surtout vers ses bords indurés.

### § II. — Inflammation chronique des bourses séreuses. — Hygroma chronique.

On désigne sous ce titre une série de lésions chroniques dont les principales sont un épanchement de liquide dans la cavité séreuse et un épaississement considérable de cette poche, qui subit les altérations variées dont nous parlerons plus loin.

ÉTIOLOGIE. — L'hygroma chronique s'observe surtout au genou et au coude ; on en voit aussi, quoique plus rarement, dans d'autres régions où existent des bourses séreuses. Cet épanchement reconnaît pour cause la plus fréquente une pression habituelle sur une bourse séreuse normale ou anormale. Ainsi, on rencontre surtout l'hygroma chronique prérotulien chez les individus que leur profession ou des habitudes religieuses tiennent habituellement à genoux. Ce sont là des hygromas superficiels, mais on voit aussi des hygromas profonds qui compliquent parfois les tumeurs, comme Massot en a cité des exemples dans sa thèse. Bérard ainé a vu un fait qui explique bien ce genre de kystes : il trouva sur le cadavre d'un homme qui avait des deux côtés du cou une énorme tumeur encéphaloïde, s'appuyant sur la clavicule, une bourse séreuse qui, à droite comme à gauche, se réfléchissait de l'os sur la tumeur et aurait pu contenir du liquide (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les bourses séreuses dilatées chroniquement par de la sérosité acquièrent rarement un volume qui dépasse celui d'un œuf. Cependant on cite exceptionnellement des cas d'hygroma chronique très-volumineux, comme celui dont Courtin a présenté des fragments à la Société anatomique, et qui, développé au genou, avait la grosseur de la tête d'un enfant à terme (2). La forme de ces tumeurs est en général celle d'un hémisphère.

L'hygroma, arrivé à un certain degré de développement, n'augmente presque plus de volume, et peut persister fort longtemps à cet état, en subissant seulement quelques changements qu'il importe de connaître. Le plus remarquable de ces changements, c'est l'infiltration plastique des parois de la poche qui gagnent en épaisseur et en consistance.

La paroi de la bourse séreuse a quelquefois dans l'hygroma chronique conservé sa minceur et sa transparence primitives, mais le plus souvent elle est épaissie et opaque. Cet épaississement est dans quelques cas assez considérable pour laisser à peine de place à l'épanchement du liquide.

Si l'on recherche quelle est la constitution histologique de cette paroi, on y découvre une formation exagérée d'éléments fibro-plastiques à tous les degrés de développement, noyaux embryoplastiques, cellules fusi-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIII, p. 128.

(2) *Archives de médecine*, 1830, t. XXII, p. 514.

formes, fibres. On voit encore, au milieu de ces éléments, des granulations grasses et des corpuscules calcaires en assez grande abondance. Cette paroi est souvent parcourue par des artères assez développées pour que le chirurgien doive toujours tenir compte de cette circonstance dans l'extirpation de la tumeur.

La surface interne de l'hygroma est quelquefois lisse, mais très-souvent elle offre des saillies dues à un épaissement de la paroi, plus exagéré en certains points. Ces saillies sont disposées sous forme de brides ou de petites végétations verruqueuses (fig. 22) qu'on peut sentir à travers les

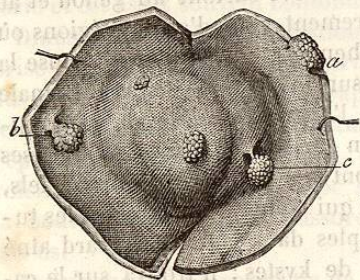


FIG. 22. — Face interne d'un hygroma prérotulien. On aperçoit en *a*, *b*, *c*, plusieurs végétations de la paroi à divers degrés de développement. En *a*, la végétation adhère par une large base à la paroi; en *b*, une masse analogue commence à se pédiculiser, et en *c* une autre végétation ne tient plus qu'à un filament près de se rompre.

téguments, et faire rouler sous le doigt quand le liquide de l'hygroma est peu abondant. A un degré plus avancé, ces corps flottants se détachent par élongation et rupture de leur pédicule; ils forment alors de véritables corps étrangers qui, dans certains cas, ressemblent à des grains de riz, et glissent les uns sur les autres en faisant entendre un léger bruit.

L'étude, aujourd'hui assez bien faite, du développement de ces corpuscules démontre que l'hypothèse de leur origine hématiche n'est pas acceptable. Le liquide contenu dans ces poches minces ou hypertrophiées est tantôt une sérosité visqueuse, filante, jaunâtre, tantôt une matière qui ressemble à du chocolat délayé dans de l'eau. Dans un cas examiné par Rokitansky, la bourse prérotulienne contenait un fluide épais, noirâtre, dans lequel étaient disséminées de petites masses blanches, terreuses, cristallines, dépendant de la surface interne du sac. A un examen plus complet, on trouva ces masses composées de matière organique contenant 63 centièmes de phosphate de chaux et 18 centièmes de carbonate de chaux avec des traces de magnésie.

Il n'existe en général qu'une seule cavité pour le liquide, mais chez le cheval, où cette maladie est assez commune, on trouve souvent des hygromas multiples en éponge.

On a décrit sous le nom d'*arthrite sèche* une série d'altérations des jointures où la sérosité fait défaut. Des lésions du même genre se rencontrent aussi quelquefois dans les bourses séreuses sous-cutanées, et c'est à propos de l'hygroma chronique qu'il faut signaler ces végétations cartilagineuses ou calcaires de la surface interne de ces cavités sans sécrétion de liquide.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — L'hygroma chronique succède parfois à la phlegmasie aiguë d'une bourse séreuse, et il est alors précédé de tous les signes de l'hygroma aigu indiqués ci-dessus; mais le plus souvent il commence

par une exhalation séreuse qui s'opère lentement, sans douleur, sans aucun signe extérieur de réaction inflammatoire.

On le reconnaît alors aux caractères anatomiques que nous venons de signaler. Son siège, sur un point occupé par une bourse séreuse, sa forme globuleuse (fig. 23), sa consistance molle, sa mobilité, sont des signes bien faciles à saisir. Souvent il n'entraîne avec lui aucune gêne, et les malades se plaignent à peine; quelquefois il rend difficiles et même douloureux les mouvements de flexion; enfin, il peut causer des troubles dans l'exercice de quelques fonctions.

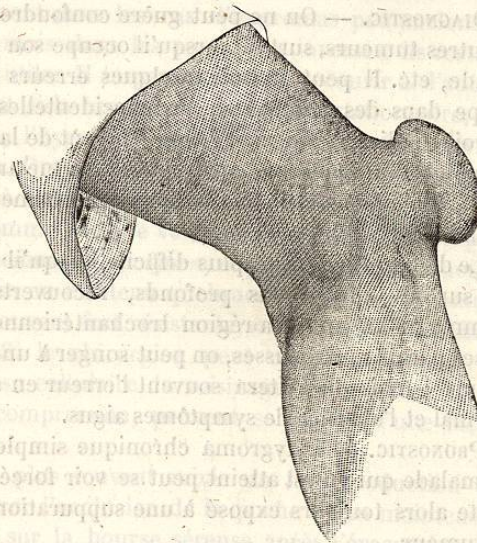


FIG. 23. — Hygroma prérotulien assez développé pour déborder un peu les bords de la rotule.

La forme en général globuleuse de certains hygromas peut changer dans les mouvements. Foucher (1) a présenté à la Société anatomique un petit kyste qui avait pour siège une bourse séreuse sous-cutanée, située au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange d'un doigt. Ce kyste diminuait pendant la flexion, mais semblait augmenter et devenait dur et large dans l'extension; il ne communiquait pas avec l'intérieur de l'article.

L'hygroma chronique qui a atteint un certain volume, peut s'arrêter dans sa marche et rester stationnaire; celui du genou, par exemple, après avoir soulevé du centre à la circonférence la bourse séreuse prérotulienne, s'étale un peu, et reste souvent à ce degré pendant de longues années; mais si la cause qui l'a produit continue à agir, il peut arriver à un volume considérable.

Un malade atteint de cette tumeur est toujours exposé à voir se développer spontanément, ou par quelque contusion, une suppuration dans la poche séreuse. Dans certains cas, un épanchement de sang s'ajoute, sous l'influence d'une contusion, au sérum dont la cavité est déjà pleine. Enfin, par la même cause traumatique, la poche peut se rompre, et le liquide se répand alors dans le tissu cellulaire voisin.

Une transformation plus favorable, mais moins commune, c'est la résorption du liquide et l'oblitération de la poche. On voit bien quelquefois des bourses séreuses normales s'oblitérer quand elles ne servent plus. Il se

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 235.

développe, par un mécanisme analogue à celui qui oblitère certains sacs herniaires, une tumeur graisseuse dans la paroi de la bourse séreuse, qui ne conserve plus alors qu'une très-petite cavité qu'on peut par une dissection soigneuse retrouver presque toujours. Mais quand l'hygroma chronique disparaît, l'oblitération a lieu par adhésion des points correspondants de la cavité séreuse.

DIAGNOSTIC. — On ne peut guère confondre l'hygroma chronique avec d'autres tumeurs, surtout lorsqu'il occupe son siège habituel au genou, au coude, etc. Il peut y avoir quelques erreurs lorsque l'hygroma se développe dans des bourses séreuses accidentelles; mais alors on est mis sur la voie du diagnostic par l'épaississement de la peau recouverte souvent en ce point d'un épiderme corné, par la forme arrondie, la consistance molle, l'indolence et la fluctuation de ces tumeurs, enfin par la profession du malade.

Le diagnostic devient plus difficile lorsqu'il s'agit d'hygromas profonds, et surtout d'hygromas profonds, recouverts d'hygromas superficiels, comme on en voit à la région trochantérienne. Si le kyste est ancien, et si ses parois sont épaisses, on peut songer à une tumeur solide, d'une autre nature; mais on évitera souvent l'erreur en se rappelant les antécédents du mal et l'absence de symptômes aigus.

PRONOSTIC. — L'hygroma chronique simple n'est pas grave, cependant le malade qui en est atteint peut se voir forcé de quitter sa profession, ou reste alors toujours exposé à une suppuration quelquefois fort intense de la tumeur.

On a cité un cas d'hygroma récidivé; mais il s'agissait là d'une affection fibro-plastique des parois de la poche séreuse.

TRAITEMENT. — On peut quelquefois empêcher un hygroma de se développer, ou lorsqu'il est formé, d'atteindre des proportions gênantes. Aussi n'est-il pas sans importance de recommander, à ceux qui accusent déjà un peu de sérosité dans une bourse séreuse, le repos et l'éloignement de toute pression sur la partie malade.

Il ne faut avoir aucune confiance dans l'action des remèdes internes pour guérir l'hygroma, et depuis l'époque où Asselin (de Strasbourg) a rapporté le cas d'un hygroma qui alternait avec des vomissements glaireux et qui guérit par les vomitifs, on n'a jamais observé un fait aussi singulier.

Les *topiques résolutifs*, et surtout la solution concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque vantée par Boyer, réussissent assez bien quand on les associe à une *compression méthodique*, et que l'hygroma n'est ni trop volumineux ni à parois trop épaisses.

C'est à la compression qu'il faut aussi attribuer la guérison de l'hygroma par ce pansement compliqué qu'on appelle l'appareil de Scott (1), et qui consiste dans l'application, pendant une quinzaine de jours, d'emplâtres de

(1) Dunal, *De l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement de l'hygroma* (Revue thérapeutique du Midi, 1853, t. V, p. 324).

savon, de cérat mercuriel, de compresses, etc., soutenus par plusieurs sortes de bandes.

Quand ces moyens font défaut, on propose d'avoir recours aux *vésicatoires volants*, souvent répétés, à la *cautérisation par le fer rouge*, ou aux *moxas*. Les vésicatoires répétés sur le même point comptent plus d'un succès; quant à la cautérisation énergique et aux moxas, il ne faut guère en espérer de bons résultats, là où les vésicatoires auraient échoué.

Tous ces moyens réussissent dans les cas d'hygromas peu anciens et pourvus de parois minces; mais dans les conditions inverses, ils restent le plus souvent sans action utile. Il importe alors de recourir à d'autres modes de traitement, surtout si la tumeur ne reste pas stationnaire, ou si, par son existence même, l'hygroma empêche le malade de se livrer aux travaux de sa profession. On peut alors avoir recours à l'écrasement, à la ponction, à l'incision et à l'extirpation de la poche.

L'*écrasement*, méthode, comme nous le verrons plus loin, d'un emploi assez heureux dans le traitement du *ganglion*, réussit aussi quelquefois contre les hygromas. Nélaton en a obtenu quelques succès; mais comme la poche de l'hygroma est souvent fort résistante, on est en ce cas dans l'impossibilité de l'écraser. Si le chirurgien peut rompre la poche, le liquide se répand dans le tissu cellulaire du voisinage, et les parois de la cavité, rapprochées par la compression, peuvent se souder d'une façon durable.

La *ponction simple* est le plus souvent suivie de la reproduction du liquide, et l'on ne peut espérer l'occlusion de la poche qu'en maintenant une compression assez forte sur la bourse séreuse après l'évacuation de son contenu. Mais dans le but d'éviter des opérations plus compliquées, on emploie des ponctions répétées à certains intervalles de temps, et l'on finit quelquefois par obtenir, après plusieurs récidives, l'oblitération de la poche séreuse.

Le *séton* à travers la bourse séreuse malade, conseillé par Monro et B. Bell, est un mode de traitement long, incertain, qui peut provoquer de redoutables accidents dans les bourses séreuses très-rapprochées des articulations et que nous repoussons.

Restent alors, après l'insuccès des moyens précédents, l'*incision*, l'*incision* et l'*extirpation* de la poche séreuse.

Dès 1803, Asselin fit connaître dans sa thèse un succès obtenu par la méthode de l'incision. Il cita la guérison d'une hydropisie de la bourse sous-cutanée de la rotule par l'incision dans le kyste de vin chaud et additionné d'un cinquième d'alcool. Cette poche fut vidée par une incision de 3 millimètres pratiquée à la partie inférieure de la tumeur. L'auteur préféra le bistouri au trocart, parce qu'on fait ainsi une ouverture plus large qui laisse un libre passage aux concrétions fibrineuses. Des faits analogues à celui-ci se rencontrent çà et là jusqu'au moment où la méthode de l'incision a prévalu sur toutes les autres. Ainsi on trouve dans le XXX<sup>e</sup> volume des *Mémoires de méd., chir., pharm. militaires*, p. 330,

un cas, publié par Vassilière, de guérison d'hygroma olécranien, ponctionné et injecté avec du vin chaud miellé.

Mais depuis que, sur les conseils de Velpeau, la teinture d'iode a été généralement employée dans le traitement des collections séreuses, il n'est pas de chirurgien qui n'ait guéri des hygromas, surtout ceux du genou, par l'injection de teinture d'iode.

La ponction faite et le liquide évacué, il convient, avant d'injecter cette teinture, de pratiquer avec de l'eau tiède quelques lavages à la surface interne du kyste ; on débarrasse ainsi la cavité de matières solides fibrineuses, qui peuvent nuire à l'action excitante de la teinture d'iode sur la cavité séreuse. Cela fait, on injecte la solution qu'on maintient dans le sac pendant dix minutes environ, et qu'on laisse sortir ensuite. Dans les cas heureux, le kyste s'enflamme légèrement, reprend ou dépasse même son volume primitif, et, après quelques jours d'une tension légèrement douloureuse dans la partie opérée, on voit la tumeur diminuer peu à peu de volume et l'occlusion de la cavité séreuse s'achever complètement. Il faut, durant ce temps, faire garder le repos à la partie malade, et aider à la guérison par une compression légère et quelques topiques résolutifs.

Une seule injection ne suffit pas toujours ; le liquide peut se reproduire, et l'on est forcé quelquefois de recourir à une seconde ou à une troisième ponction suivie également d'une injection iodée.

Il y a quelques contre-indications au traitement de l'hygroma chronique par les injections iodées. Ce sont, d'une part, l'ancienneté de la maladie qui donne aux parois de la poche une épaisseur peu favorable au travail de cicatrisation, la présence de corps étrangers, etc., et de l'autre, la communication possible de la bourse séreuse avec une articulation. Si l'on soupçonnait la communication de la bourse séreuse avec l'article, il faudrait n'avoir recours aux procédés sanglants qu'après avoir épuisé les autres, et au moment où la suppuration pourrait en s'établissant aggraver encore l'état des choses.

Si l'hypertrophie des parois de la poche est un obstacle absolu au succès de l'injection, on doit employer l'incision ou l'excision de la bourse séreuse malade.

L'incision simple ou cruciale constitue, dans le traitement de certains hygromas, une méthode aussi facile que certaine. Pour favoriser la suppuration du kyste et la formation des bourgeons charnus qui doivent l'oblitérer, on remplira la poche de boulettes de charpie. Mais quand ce kyste est formé de parois comme cartilagineuses, on ne saurait obtenir par un tel pansement une réaction inflammatoire suffisante. Il faut, si l'on ne veut pas enlever le kyste, détruire ses parois par la cautérisation, et de tous les caustiques, celui qui me paraît le mieux agir dans ce cas, celui dont on peut le mieux limiter l'action, c'est la pâte au chlorure de zinc. On en disposera une plaque très-mince sur les surfaces qu'on voudra détruire en protégeant par de la charpie les points du kyste qui devront être ménagés. Ce caustique que j'ai plusieurs fois employé dans ce cas, qu'on dispose en

lamelles d'épaisseur variable, suivant celle des parois à détruire, et qu'on doit seulement laisser trois heures en place, cautérise bien la cavité morbide, et quand, au bout de huit à dix jours, les eschares de cette cautérisation se détachent, elles laissent une plaie granuleuse qui guérit très-vite.

Si l'on avait à traiter un hygroma chronique, volumineux, suppuré, et si l'on croyait ne point devoir employer l'incision complète du kyste, on pourrait faire avec avantage une double ponction aux deux extrémités de l'hygroma, et introduire par ces ouvertures un de ces tubes à drainage que Chassaignac emploie habituellement, et qui, dans le présent cas, pourrait servir à pratiquer chaque jour plusieurs injections dans la cavité morbide.

L'écoulement du pus par ces tubes est toujours moindre que ne le dit l'auteur de la méthode, mais ces tubes sont d'une grande commodité pour faire pénétrer dans les cavités suppurantes des injections détersives ou excitantes, jusqu'à ce que l'intérieur de ces poches bourgeonne et tende à se cicatriser. Il faut alors ôter le tube à drainage, faire un pansement simple, comprimer légèrement la partie, et recommander pendant quelques jours un repos absolu au malade.

Si l'incision, aidée de la cautérisation, ne donnait point les résultats qu'on en attend, il resterait à pratiquer, soit l'extirpation partielle, soit l'ablation complète du kyste.

L'extirpation partielle peut convenir dans les cas où la face profonde du kyste adhère fortement à des surfaces osseuses ou est très-voisine d'une articulation. L'ablation complète de l'hygroma ne peut être proposée que si le kyste est partout mobile et si l'on ne craint point de pénétrer dans des régions dangereuses.

Mais il ne faut pas se dissimuler que cette dernière opération ne doit être réservée qu'à des cas rares où la maladie a résisté à la plupart des traitements précédents. Le développement des vaisseaux autour de certains hygromas chroniques favorise la production d'un abondant écoulement sanguin, et dans une extirpation d'hygroma, faite par Nélaton et citée par Courtin (1), on eut beaucoup d'artères à lier. Cette opération se range aussi, par son voisinage des os et des articulations, parmi les plus graves de la chirurgie. Velpeau a cité deux cas de mort à la suite de semblables tentatives.

### § III. — Lésions traumatiques des bourses séreuses sous-cutanées.

Il faut distinguer ici deux ordres de lésions d'une physionomie assez différente : les plaies proprement dites et les contusions.

1° Plaies des bourses séreuses.

Les plaies des bourses séreuses par des instruments tranchants et piquants diffèrent peu des plaies simples qui n'intéressent que la peau et le tissu

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIII, p. 128.