

Les bourses séreuses prérotuliennes sont le siège de prédilection de l'**hygroma chronique** avec ses altérations caractéristiques. C'est presque toujours sous l'influence d'une irritation persistante de la surface de la rotule et de la bourse séreuse qui la recouvre, que cette dernière devient le siège d'un état inflammatoire chronique. Les personnes qui fournissent le plus fort contingent d'hygromas prérotuliens, sont celles qui, en travaillant, soumettent la face antérieure du genou à des frottements répétés, ce qui est surtout le cas dans le recurage des planchers, mais se produit également dans d'autres occupations (femmes de chambre, écurieuses, ramoneurs, etc).

L'épaississement de la peau, que l'on constate presque toujours à la partie antérieure du genou chez les individus affectés d'hygroma pérotulien, prouve bien que cette région avait été soumise à des pressions répétées. On a objecté, il est vrai, que dans la position à genoux, les téguments pérotuliens ne sont nullement comprimés, mais il est facile de s'assurer que les personnes occupées à laver un plancher, ne se tiennent pas simplement à genoux, comme dans l'attitude de la prière, mais se penchent très souvent en avant et s'appuient sur les mains, de façon que la région de la rotule touche le sol (VOLKMANN).

Le **diagnostic** de l'hygroma prérotulien est toujours facile et se base sur le siège et les caractères physiques de la tumeur. En ce qui concerne ces derniers, tantôt il s'agit d'une tuméfaction plate, peu remplie et à peine fluctuante, tantôt on se trouve en présence d'un kyste tendu, fluctuant, formant une tumeur arrondie au devant de la rotule. La palpation permet presque toujours de reconnaître les épaisissements de la paroi du sac, de même que la présence de sang coagulé et de grains riziformes plus ou moins nombreux, car l'on perçoit alors, en comprimant la tumeur, une sensation particulière de frottement.

Il arrive parfois qu'un hygroma prérotulien volumineux passe tout à coup à la suppuration et à la décomposition putride.

Des tumeurs plus consistantes, avec altération notable des parois du sac, s'observent non seulement dans la région de la rotule, mais aussi quelquefois au devant du tibia (bourse séreuse pré-tibiale) et, très rarement, au niveau de la bourse séreuse infra-patellaire située entre le bord antérieur du tibia et le ligament rotulien. Par contre, les hygromas situés dans la région postérieure de l'articulation, restent le plus souvent à la période de simple hydropisie de la bourse séreuse, et il en est de même de ceux de la bourse séreuse infra-patellaire, sur le développement et l'importance clinique desquels TRENDLENBURG a attiré encore récemment l'attention dans une communication basée sur des observations. Il s'agit presque toujours, dans ces deux cas, de tumeurs kystiques à parois minces, contenant de la synovie ou un liquide séreux. Une partie des kystes que l'on rencontre dans le creux poplité, doivent évi-

demment leur développement, non pas à des bourses séreuses préexistantes, mais à de petites hernies de la synoviale qui forment plus tard une poche sans communication avec la cavité articulaire; ils ont, par conséquent, la même origine que les « ganglions » du poignet. Quant aux tumeurs du creux poplité qui ont pour point de départ les bourses séreuses, elles ne sont pas aussi nombreuses, mais, par contre, elles embarrassent souvent davantage le chirurgien au point de vue du traitement, car de même que les bourses séreuses dont elles proviennent par dilatation hydropique de ces dernières, elles sont relativement souvent en communication avec l'articulation. Comme nous l'avons décrit plus haut, on voit se produire, dans les cas d'hydarthrose du genou, une dilatation de certaines bourses séreuses qui communiquent régulièrement avec la cavité articulaire, dilatation qui intéresse avant tout la bourse sous-tricipitale et parfois aussi la bourse poplitée. Mais l'orifice de communication n'a pas toujours une largeur suffisante pour que l'on puisse, par la pression, faire refluer aussitôt le contenu de la bourse séreuse dans l'intérieur de l'articulation; cet orifice peut être, en effet, très étroit ou complètement oblitéré. Il en est ainsi surtout des hygromas de la bourse séreuse du demi-membraneux (entre ce muscle et le chef interne du gastrocnémien), lesquels sont plus fréquents que les tumeurs kystiques développées du côté externe du creux poplité, aux dépens de la bourse séreuse poplitée et de celle du chef externe du gastrocnémien. Ces hygromas ou kystes du creux poplité, se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins tendues, le plus souvent fluctuantes, situées à la surface du creux poplité, près de sa paroi interne ou de sa paroi externe, rarement dans le voisinage de la ligne médiane de cette région. On aura assez souvent à établir le diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs, et surtout avec l'anévrisme poplité. Parfois on reconnaît d'emblée l'existence d'une communication avec la cavité articulaire lorsque la tumeur se vide sous une forte pression pour se remplir ensuite de nouveau; par contre, dans la plupart des cas, cette question ne peut être tranchée plus ou moins sûrement que d'après le siège topographique de la tumeur.

Pour l'énumération des bourses séreuses du genou et la fréquence de leur communication avec l'articulation, nous renvoyons le lecteur aux considérations anatomiques que nous avons mises en tête de ce chapitre. Toutes les bourses séreuses du genou peuvent devenir le siège d'un hygroma. Mais comme des kystes ou « ganglions » peuvent se développer dans des endroits où il n'existe pas de bourse séreuse à l'état normal, le chirurgien se trouve parfois dans l'embarras, alors même qu'il possède des connaissances anatomiques exactes. C'est ainsi que l'on peut rencontrer à la partie externe du genou, au niveau de l'interstice articulaire, à côté du ligament latéral externe, un kyste multiloculaire communiquant avec l'articulation et offrant les caractères d'un « ganglion » (son contenu particulier de consistance épaisse, mélicérique, autorise

également à le désigner sous ce nom). Cette tumeur cause parfois d'assez vives douleurs et doit être enlevée par excision avec les précautions antiseptiques d'usage.

Pour le **traitement** de l'hygroma simple nous disposons des mêmes moyens que ceux que nous avons appris à connaître à propos de l'hyarthrose du genou. Les irritants externes, tels que la teinture d'iode, les vésicatoires, sont souvent essayés tout d'abord, et parfois avec succès. Dans les cas d'hygroma présentant des symptômes inflammatoires plus accusés, les compresses résolutive à l'eau de Goulard ou au chlorhydrate d'ammoniaque, rendent parfois de bons services.

Dans les cas rebelles d'hygroma prérotulien ou infra-patellaire (TRENDELEBURG), un bon moyen à essayer, c'est la compression forcée suivant le procédé que nous avons décrit pour le traitement de l'hyarthrose. De même les kystes de la région poplitée résistent rarement à la compression forcée ; cependant on observe ici plus facilement des récurrences ; en outre, le traitement en question exige de grandes précautions et n'est applicable que dans les cas où le malade se trouve placé sous la surveillance du médecin.

Pour ma part, j'ai réussi, entre autres, à faire disparaître d'une façon durable par la compression forcée, un kyste atteignant presque le volume du poing, et développé dans la bourse séreuse du demi-membraneux. La cavité du kyste communiquait avec la cavité synoviale du genou, et avait eu comme conséquence des irritations inflammatoires répétées de cette articulation.

La ponction suivie de la compression est également efficace, mais la ponction exige les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit de plonger le trocart dans l'articulation elle-même. S'agit-il d'hygromas prérotuliens à parois épaisses, on incise largement ces dernières, et l'on en opère ensuite l'excision partielle, ou bien on enlève toute la tumeur suivant les règles de la méthode antiseptique. Lorsque les parois sont moins épaisses, on fait une large incision, et l'on remplit la cavité du kyste de gaze chiffonnée, puis on applique le pansement régulier formé de huit couches de gaze ; on le serre suffisamment pour qu'il exerce un certain degré de compression et hâte ainsi l'accolement des parois du sac (VOLKMANN).

Les **hygromas développés dans le creux poplitée** sont ceux qui présentent le plus de difficultés au point de vue du traitement, à cause de la fréquence de leur communication avec la cavité articulaire. En général, lorsqu'on a épuisé la série des moyens inoffensifs (teinture d'iode, compression, ponction suivie de compression), on ne doit se décider à une opération que pour le cas où le fort développement de la tumeur et les souffrances du malade obligent d'y avoir recours. Les injections de teinture d'iode ont à leur passif un certain nombre de terminaisons graves, qui se sont produites dans des cas où le kyste communiquait avec l'articulation. De même la suppuration de cette der-

nière et la mort ont été maintes fois la conséquence d'incisions ou de tentatives d'excisions qui, parfois même, n'ont pu être terminées. Le plus sûr moyen de prévenir la suppuration de l'articulation avec ses graves conséquences, consiste, ici encore, à pratiquer la ponction en observant rigoureusement les règles de l'antisepsie, à évacuer le contenu de l'hygroma et à y injecter une solution phéniquée à 5 0/0, puis à instituer le même traitement consécutif (repos du membre et pansement de Lister) que s'il s'agissait de la ponction d'un épanchement intra-articulaire. Pour le chirurgien rompu à la méthode antiseptique, l'incision du kyste, voire même l'excision d'une partie de sa paroi, suivie de l'application du pansement Lister, est une opération en somme peu dangereuse, à en juger d'après les résultats de l'incision de l'articulation elle-même ; combiné avec la compression et le drainage, ce procédé est celui qui permet d'obtenir le plus sûrement une guérison durable. L'excision complète n'est pas possible, vu que la tumeur représente non pas une poche distincte et pouvant être isolée, mais simplement une cavité à parois lisses comprise entre les tissus de la région poplitée. Du reste, l'excision partielle suivie du lavage du sac avec une solution phéniquée et du drainage, donne d'excellents résultats, comme je puis l'affirmer en me basant sur ma propre expérience.

C. DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ARTICULATION DU GENOU

1. Résection du genou.

§ 117. — Pour ce qui concerne les indications opératoires, ainsi que la statistique de la mortalité et du résultat fonctionnel de la résection du genou, nous renvoyons le lecteur aux remarques que nous avons faites à ce sujet dans notre étude du traitement des blessures par armes à feu et des affections inflammatoires de cette articulation. Nous nous attacherons donc d'emblée à la description de l'opération elle-même.

Supposons tout d'abord qu'il s'agisse de réséquer un genou affecté d'arthrite fongueuse. Si nous voulons réaliser des conditions aussi favorables que possible à la guérison, nous devons prendre en sérieuse considération certaines particularités dont on n'a pas à tenir compte dans la plupart des autres articulations. Dans notre étude des affections articulaires du genou nous avons plus d'une fois insisté sur l'étendue considérable de la synoviale, fait de la plus grande importance au point de vue des processus inflammatoires dont elle peut être le siège. Mais ce sont avant tout les poches accessoires situées à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'articulation, et particulièrement le cul-de-sac sous-tricipital, qui jouent un rôle important dans la plupart des affections inflammatoires, mais surtout dans l'arthrite fongueuse du genou. Un grand nombre de réséqués qui ne sont pas guéris, grâce à la persistance de la tuberculose et à la formation de fistules, succombent plus tard à cette affection ou ne peuvent être sauvés que par une amputation de la cuisse, tandis qu'on aurait probablement obtenu la guérison de ces malades si l'on s'était rappelé l'importance du cul-de-sac supérieur de la synoviale, et que l'on eût opéré en conséquence.