

plus. Il se 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 soignée 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 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 *seton* à travers la bourse séreuse, malade, conseillé par Monro et B. Bell, est un mode de traitement assez 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'*injection*, 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'injection. Il cita la guérison d'une hydropisie de la bourse sous-cutanée de la rotule par l'injection dans le kyste de vin chaud et additionné d'un cinquième d'alcool. Cette poche fut vidée par une incision d'un demi-pouce 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'injection 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 fibreuses, 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 le 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<sup>o</sup> 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.

cellulaire sous-cutané. La réunion immédiate est spécialement indiquée, et l'on doit s'abstenir de toute manœuvre qui, sous prétexte de sonder la profondeur et la direction de la plaie, ne tendrait qu'à amener, avec une réaction inflammatoire assez vive, la suppuration.

Les *plaies contuses* des bourses séreuses méritent de fixer davantage l'attention, et c'est surtout au genou et au coude qu'on les observe. Si la plaie contuse est petite, elle pourra se réunir facilement par première intention; mais si la contusion a été plus violente, si des corps étrangers ont pénétré dans la bourse séreuse, l'inflammation envahit assez promptement la partie, et selon que la phlegmasie reste limitée à la poche séreuse, ou qu'elle se propage aux parties voisines, les phénomènes sont différents.

Dans le premier cas, les bords de la plaie se tuméfient et donnent lieu, vers le deuxième ou le troisième jour, à une inflammation traumatique ordinaire. Le gonflement et la rougeur s'étendent à la peau qui recouvre la bourse enflammée, mais ne vont guère plus loin. L'intérieur de la poche ne fournit presque pas de sérosité pendant les deux premiers jours; mais à cette époque commence une sécrétion assez abondante d'un liquide légèrement jaunâtre, transparent, onctueux et filant entre les doigts. Jusqu'à la cicatrisation de la poche ces caractères ne varient presque point. Une guérison radicale n'arrive pas toujours après ces plaies contuses: tantôt la solution de continuité ne se ferme point complètement, et l'on voit persister une fistule qui dure parfois assez longtemps; tantôt la plaie se cicatrise, mais du liquide s'épanche à l'intérieur de la poche séreuse et donne lieu à un hygroma chronique.

Mais dans le second cas, on a à combattre une conséquence plus grave de ces plaies contuses: c'est un phlegmon diffus dû à la propagation de l'inflammation de la bourse séreuse au tissu cellulaire voisin. La peau devient rouge, tendue; le tissu cellulaire s'infiltré de sérosité; enfin on retrouve là tous les caractères anatomiques de la phlegmasie diffuse du tissu cellulaire.

DIAGNOSTIC. — On découvre qu'une bourse séreuse est le siège d'une plaie contuse par la connaissance anatomique de la région, par la mobilité des bords de la plaie, par l'écoulement d'un liquide filant qui pourrait, à la vérité, être pris pour de la synovie, mais qu'on en distinguera par une appréciation exacte du siège des parties lésées.

TRAITEMENT. — Si la plaie n'est que modérément contuse, il faut conseiller le repos de la partie malade et un pansement simple; plus tard, si l'inflammation phlegmoneuse envahit les parties voisines, il faut avoir recours aux cataplasmes émollients, à la compression et aux débridements multiples; en même temps on incisera largement la bourse séreuse de façon à rendre facile l'écoulement du pus. Enfin, quand la suppuration est franchement développée dans une bourse séreuse, on aura soin que les bords de la plaie ne se cicatrisent pas avant le fond.

## 2° Contusion des bourses séreuses.

Les *contusions simples* des bourses séreuses sont produites par deux ordres de violences: les unes énergiques et brusques, comme les chutes et les coups; les autres modérées, mais lentement continues, telles que les pressions souvent répétées que nécessitent certaines professions; de là deux espèces de contusions, qu'on pourrait désigner par les épithètes *d'aiguë* et *chronique*. Nous avons presque fait l'histoire de la dernière de ces lésions en traitant de l'hygroma chronique, et nous parlerons surtout ici de la contusion brusque et violente de ces bourses.

Cette dernière sorte de contusion amène soit une *inflammation* avec ses conséquences déjà connues, soit un *épanchement sanguin* dans l'intérieur de la cavité séreuse.

Quand une *inflammation* succède à une contusion, on trouve dans la bourse séreuse un épanchement de matières diverses, pus, sérum, sang, et ce sont les signes de la phlegmasie qui prédominent. Il est plus facile de comprendre que de décrire les caractères anatomiques des matières épanchées dans ce cas.

Si l'*épanchement sanguin* est toute la lésion, il ne se présente pas toujours sous un aspect identique, mais ces changements du sang épanché au centre des bourses séreuses sont aujourd'hui bien connus, grâce aux recherches de Velpeau.

Le plus souvent, le sang épanché se prend en caillot demi-solide qui remplit complètement la cavité de la bourse séreuse, et, après s'être maintenu ainsi pendant quelques jours, ce caillot se décolore peu à peu de la circonférence au centre. On voit alors une masse fibrineuse qui semble formée de couches concentriques jaunâtres et qui reste colorée en rouge-brun à sa partie centrale.

Dans d'autres cas, on trouve la cavité de la bourse séreuse remplie d'une matière noirâtre, sirupeuse, dans laquelle le microscope fait découvrir une très-grande quantité de globules sanguins qui, chose curieuse, conservent pendant assez longtemps leur forme et leur volume. Enfin il peut arriver que de la sérosité s'épanche dans la cavité séreuse, et que la matière colorante ainsi étendue perde un peu de sa teinte noirâtre, ou que la fibrine isolée et fragmentée se disperse dans le liquide sous la forme de très-petits grumeaux.

Les caractères anatomiques de ces épanchements sanguins varient encore suivant que le sang s'épanche dans une bourse séreuse normale ou dans une cavité pourvue déjà d'épaisses parois.

On reconnaît ces collections sanguines des bourses séreuses au développement rapide et à la forme nettement circonscrite de la tumeur, à son siège sur le point occupé normalement par une bourse séreuse, à la tension et à la rénitence de la poche, à l'infiltration ecchymotique des parties voisines. De plus, ces collections sanguines sont en général indolentes.

Quand la bourse séreuse n'est pas trop tendue, on peut quelquefois sentir à travers les parois de la poche des masses grumeleuses formées par des caillots sanguins, et l'écrasement de ces caillots s'accompagne assez souvent d'une crépitation très-distincte; mais si la poche est très-distendue par le sang, on ne peut ni écraser, ni faire crépiter ces grumeaux sanguins.

Le sang épanché dans une bourse séreuse à la suite d'une contusion peut développer autour de lui des phénomènes inflammatoires qui s'accompagnent de formation de pus. Ce dernier liquide, en se mêlant au caillot sanguin, provoque le ramollissement qu'on observe alors dans la bourse séreuse qui était douée avant cela d'une consistance assez forte. Mais c'est l'inverse qu'on voit dans d'autres cas où le caillot sanguin, se desséchant de plus en plus, donne lieu à une masse dure, de consistance cartilagineuse.

La soudaine distension de la bourse séreuse caractérise assez les épanchements sanguins qui sont dus à des violences brusques; mais il est une autre variété d'épanchement sanguin dont le développement est moins rapide, c'est celui qui succède aux contusions chroniques. En général, les parois de la bourse séreuse ont dans ce cas déjà augmenté de volume; un peu de liquide s'est préalablement déposé dans la poche, et ce n'est que lentement que du sang y est versé soit par exhalation, soit par rupture des vaisseaux qui rampent au-dessous de sa face interne.

Il sera le plus souvent impossible de reconnaître cette espèce d'hématocèle, qui d'ailleurs ne se traduit point par la teinte ecchymotique qu'on voit dans la plupart des épanchements sanguins brusques des autres régions.

Le pronostic de ces épanchements sanguins n'est point grave, mais le chirurgien doit savoir qu'il s'agit souvent là d'une affection de longue durée.

TRAITEMENT. — Il doit varier suivant l'époque de la maladie. Ainsi, au début, il faut avoir recours au repos, aux topiques froids, à une compression méthodique, et, pour faciliter l'absorption des caillots sanguins, à des pressions douces qui dissolvent les agglomérations de sang. Quelquefois la résorption se fait complètement.

Quand un travail inflammatoire énergique se développe dans la poche sanguine, il faut alors inciser la tumeur, expulser les caillots et attendre la guérison par une suppuration franche.

Si l'on évite la transformation purulente et si l'on a seulement à combattre l'épanchement sanguin qui ne se résorbe pas, on peut obtenir la guérison par la ponction, l'injection, l'incision ou l'ablation du kyste.

La ponction n'est pas toujours suivie d'une évacuation facile du liquide épais et poisseux qu'on rencontre souvent dans ce cas. Si l'on y avait recours, il faudrait d'abord pratiquer une double ponction et laver la poche avec quelques injections aqueuses; lorsqu'on aurait ainsi débarrassé la face interne du kyste de la couche sanguine qui la recouvre,

on pourrait y développer plus facilement une inflammation adhésive par des injections iodées.

L'incision du kyste est préférable; elle exige moins de précautions et donne des résultats plus certains. L'ablation du kyste doit être réservée aux cas rares où la poche sanguine, épaissie, indurée, confondue avec les caillots qu'elle renferme, ne peut être modifiée avantageusement par les moyens précédents.

## ARTICLE II

## MALADIES DES BOURSES SÉREUSES DES TENDONS

Les bourses séreuses des tendons et des muscles, bien étudiées depuis Fourcroy (1) et Monro (2), se voient partout où ces organes frottent contre des parties dures ou contre d'autres muscles, tendons ou ligaments. On en distingue deux variétés: les unes sont constituées par un sac sans ouverture, de forme en général arrondie, qui tient d'une part aux tendons ou aux muscles, et de l'autre à la partie sur laquelle ils glissent; les autres semblent former deux cylindres creux, emboîtés l'un dans l'autre, tapisant d'un côté le tendon, de l'autre le canal celluleux qui le renferme et se rejoignant à leurs extrémités, de manière à former une cavité à parois contiguës. Les premières sont des bourses séreuses assez analogues aux bourses séreuses sous-cutanées; les secondes, qui seront surtout en cause dans cet article, et dans lesquelles glissent les tendons, sont encore désignées sous le nom de *gainés synoviales tendineuses*. Mais il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'existence d'une membrane isolable à toute la surface interne de ces derniers sacs est loin d'être démontrée.

L'histoire des maladies des bourses synoviales tendineuses n'a pas donné lieu à un grand nombre de travaux, mais ce que nous savons de plus complet à cet égard a été publié par les chirurgiens français. On devra d'abord consulter ici l'HISTOIRE des maladies des bourses séreuses sous-cutanées, et compléter ce qui se rapporte à ce sujet par l'étude des travaux suivants :

POULAIN, *Mémoire sur la crépitation des gaines tendineuses* (Gaz. médic., 1835, p. 385). — A. LEGUEY, *Recherches anatomico-chirurgicales et physiologiques sur les bourses synoviales des tendons fléchisseurs des doigts* (thèse de Paris, 1837, n° 374). — DUPUYTREN, *Des kystes séreux contenant des petits corps blancs ou hydatides* (Leçons orales de clinique, t. II, p. 148, 2<sup>e</sup> édition, 1839). — VELPEAU, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie animale*. Paris, 1843. — GOSSELIN, *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet* (Mémoires de l'Acad. de médecine, 1851, t. XVI). — MICHON, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, de la face palmaire du poignet et de la main*

(1) Mémoire pour servir à l'histoire anatomique des tendons (Mémoires de l'Académie des sciences, 1<sup>er</sup> mémoire, 1785, p. 392; voyez les années suivantes).

(2) Voyez la note 2 de la page 117.