

Bibliothèque numérique

medic@

**Marchal, Charles. - Des bourses
synoviales et de leurs maladies**

1839.

***Paris : Imprimerie de H.
Fournier et Compagnie***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1839x02x07](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1839x02x07)

10.
Faculté de Médecine de Paris.

CONCOURS POUR LES PLACES DE PROFESSEUR AGRÉGÉ.

SECTION DE CHIRURGIE.

THÈSE SUR CETTE QUESTION :

DES

BOURSES SYNOVIALES

ET DE LEURS MALADIES,

PAR

CHARLES MARCHAL,

DE GALVI (CORSE),

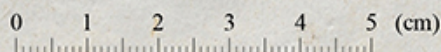
DOCTEUR DE LA FACULTÉ DE PARIS,
CHIRURGIEN AIDE-MAJOR AU 64^e RÉGIMENT DE LIGNE.



PARIS,

IMPRIMERIE DE H. FOURNIER ET C^e, RUE DE SEINE, 14.

1839.



JUGES.

MM. MARJOLIN, Président.

ROUX.

SANSON.

VELPEAU.

MM. DUBOIS.

LAUGIER, Secrétaire.

ROBERT.

CANDIDATS.

MM. Boinet.

Camut.

Denonvilliers.

Diday.

Dufresse.

Gerdy.

MM. Giniés.

Maisonneuve.

Marchal.

Nélaton.

Rigaud.

A

M. ÉVRARD DE SAINT-JEAN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DE L'ORDRE DE SAINT FERDINAND,
SOUS-INTENDANT DE PREMIÈRE CLASSE,
CHEF DE LA DIVISION DE L'ADMINISTRATION, AU MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Monsieur,

Si, malgré de nombreux obstacles, j'ai pu, réalisant le vœu de deux années laborieuses, affronter une épreuve difficile et d'une haute importance pour moi, c'est à vous, c'est à l'intérêt dont vous voulez bien m'honorer, que je le dois entièrement. Veuillez me permettre de vous offrir, avec l'hommage de cette thèse, peu digne, sans doute, de vous être dédiée, l'expression publique de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

CHARLES MARCHAL.

A

M. ÉDOUARD BOURDIN.

Mon ami, je vous ai rencontré dans un moment de la vie, où, sollicité par des impulsions vives et diverses, une sage direction est ce dont on a le plus besoin. C'est dans votre amitié, pleine de sollicitude fraternelle, dans l'amitié de votre famille, et dans les inspirations de votre cœur si loyal, que j'ai trouvé le bien-fait de cette précieuse direction. Grâce à vous, j'ai pu suivre, sans trop dévier, ce chemin de la science, qui, d'abord peu séduisant, garde pour plus tard ses fleurs et ses fruits. J'ai voulu, mon cher Édouard, vous remercier, et vous dire ici que je suis à jamais votre ami le plus affectionné et le plus dévoué.

CHARLES MARCHAL.

DES

BOURSES SYNOVIALES

ET

DE LEURS MALADIES.

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE.

Les bourses synoviales, plus généralement connues sous la dénomination impropre de bourses muqueuses, sont, d'une manière générale, des sacs séreux, demi-transparentes, sécrétant une humeur onctueuse.

Elles ont été décrites sous différents autres noms qui seront indiqués dans le courant de ce travail. Je me borne à dire présentement, que celui de bourses synoviales ou de bourses séreuses leur convient exclusivement, le premier encore plus que le second, qui est moins explicite.

ARTICLE PREMIER.

Historique.

Jusqu'à Béchard, l'histoire des bourses synoviales se réduit à celui

des synoviales tendineuses, les seules dont les auteurs antérieurs se soient occupés (1).

André Vésale, dont la grande anatomie, avec des planches attribuées au Titien, parut en 1543, et Adrien Spigel, dont le livre fut imprimé deux ans après sa mort, en 1627, ont, au rapport de Béchard, parlé de quelques-unes de ces bourses. Winslow, dont l'exposition anatomique parut à Paris, en 1732, en a décrit plusieurs sous les noms de *gaines membraneuses*, de *membranes mucilagineuses* et de *capsules ligamenteuses*; ce qui prouve, dit Fourcroy, qu'il en connaissait de différentes consistances. François-Maurice Duverney en a fait mention dans son ouvrage sur l'art de disséquer les muscles; B. S. Abbinus, dans son Histoire des muscles de l'homme (*Leidæ Batavorum*, 1734), en a décrit dix-huit. C'est lui qui leur a donné le nom de *bourses*, *bursæ*. Jankius, professeur d'anatomie et de médecine à Leipsick, est le premier qui en ait traité *ex professo*, dans un in-quarto latin de vingt pages (1753); il en connaissait soixante paires, et leur a donné le nom de *capsules articulaires des tendons*; il admet, contre l'opinion d'Albinus, la communication de quelques-unes de ces bourses avec les articulations voisines. Haller (Elém. physiol., t. IV, p. 428, 436, 1757—66) parle assez vaguement de ces capsules, dont Camper a le premier donné une figure, et que Portal a aussi indiquées dans ses additions à l'*Anat. hist. et prat. de Lieutaud* (1776). Avant lui, Sabatier (Traité complet d'anatom., 1774) s'en était occupé, et en avait décrit un certain nombre avec beaucoup de soin, sous les noms de *capsules membraneuses*, de *membrane molle et lâche*, de *tissu filamenteux* et de *productions membraneuses*. Sabatier est l'auteur français qui a le plus et le mieux fait sur cette question, avant Fourcroy; il lui manque d'avoir considéré les bourses synoviales tendineuses dans leur ensemble; mais ses descriptions partielles sont généralement très exactes. J'arrive à Fourcroy, qui, de tous les auteurs que j'ai pu lire sur ce sujet, est celui qui l'a étudié le plus complètement. Ce fut en 1775 et 1776 que la lecture d'Albinus le porta à examiner

(1) Je fais une réserve pour Camper et M. Brodie; on verra plus loin à quoi elle se réduit.

attentivement ces membranes, sur lesquelles il a écrit six mémoires. (Histoire de l'Académie des sciences, année 1785, p. 392 à 436, premier et deuxième mém.; année 1786, p. 38 à 49, troisième mém.; p. 550 à 561, quatrième mém.; année 1787, p. 289 à 308, cinquième et sixième mém.). Non seulement Fourcroy a supérieurement décrit les bourses synoviales tendineuses, dans leurs caractères généraux, mais il les a soigneusement étudiées dans leurs sièges différents, en les groupant autour des articulations qui sont, en effet, comme leur rendez-vous. Je ne veux pas dire toutefois qu'en ceci il n'ait rien laissé à découvrir aux anatomistes qui l'ont suivi. Au reste, le nombre des bourses synoviales n'est pas définitivement arrêté; il est presumable qu'il en existe dans quelques endroits où les auteurs n'en ont pas indiqué; et, d'autre part, on en a décrit comme constantes qui ne le sont pas. C'est un sujet à revoir entièrement le scalpel à la main.

Monro, au rapport de Béclard et de la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, en a fait le sujet d'un excellent travail, que je regrette de n'avoir pu me procurer. D'après son fils, dont M. Signoret, étudiant en médecine, a bien voulu me traduire le chapitre (*V. dans Oustines of the anatomy of the human body, in its somed and diseased state, by alexander Monro Junior. 1813.*), il connaissait cent quarante bourses synoviales tendineuses. Nous trouvons, en poursuivant cette revue bibliographique, le travail de Koch (*De bursis tendinum muc. 1789, Lips*); celui de Gerlach (*De bursis tendinum muc. in capite et collo reperiundis. Viteberg, 1793*), et l'édition de Monro, augmentée par Rosenmuller (1799). Mascagni, dans son *Prodromo della grande anatomia* (1819), a donné une bonne figure de ces membranes; Gerlach, avant lui, avait bien figuré celles du cou et de la tête.

C'est dans son Traité des membranes (1) (1800), œuvre d'un génie puissant, mais jeune alors, et souvent emporté au delà de l'observation, que l'immortel Bichat écrivit son premier mot sur les synoviales des tendons. Il divise les membranes séreuses en deux grandes classes, la première

(1) Ou, peut-être, dans un mémoire sur les synoviales, imprimé auparavant, et que je n'ai pu trouver.

comprenant les séreuses splanchniques, l'autre les séreuses articulaires et les tendineuses; il expose les différences qui établissent, selon lui, une *ligne bien réelle de démarcation* entre ces deux classes, et aventure, à ce propos, quelques-unes de ces déductions qui ont fait porter de son livre un jugement trop sévère. (V. la préface de M. Magendie, à la dernière édition de ce Traité.) Une des différences qu'il indique, plus positive que les autres, porte sur la qualité de l'albumine. Il admet l'identité organique et fonctionnelle des séreuses et du tissu cellulaire; il nie que les bourses synoviales tendineuses aient des vaisseaux sanguins, opinion sur laquelle il devait revenir dans son Traité d'anatomie générale; il n'a jamais vu qu'il existât de communication entre quelques-unes de ces bourses et les articles voisins. Au demeurant, notre glorieux compatriote a peu fait pour le sujet qui m'occupe; le chapitre qu'il lui a consacré dans son anatomie générale, n'offre rien qui ne fût connu avant lui.

Après le fondateur de l'anatomie générale, vient, tout naturellement, Béchard, génie plus calme, issu de Bichat, si je puis dire, et qui, le premier, a fait connaître les synoviales sous-cutanées. Déjà, quelques pathologistes, Gooch, Camper entr'autres, et, plus récemment, M. Asselin, avaient parlé de leur hydropisie : à cette occasion, Camper avait dit un mot de leur état sain. Mais c'est Béchard, qui, dans ses additions à l'anatomie générale de Bichat, dans le Dictionnaire de Médecine, et, ensuite, dans son Traité d'anatomie générale, les a nettement séparées des bourses des tendons. Il a indiqué celles que l'on trouve entre la peau et la rotule, entre l'olécrâne et la peau, sur le trochanter, sur l'acromion, devant le cartilage thyroïde, derrière l'angle de la mâchoire, entre la peau et le côté saillant des articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes, entre la peau et le côté saillant des articulations phalango-phalanginiennes. M. Bourgery, dans le bel ouvrage qu'il publie avec M. Jacob, a fait figurer la plupart des synoviales sous-cutanées, indiquées par Béchard, et en a signalé trois nouvelles. M. Bérard jeune (art. *Coude* du Dict. de Med., deuxième édition), a donné la description d'une de ces bourses, qui répond à la tubérosité humérale interne. Enfin, M. Lenoir, dans

un remarquable article, auquel j'ai emprunté quelques-uns des détails qui précèdent, en a décrit trois dernières à la plante du pied. (Presse médicale du 25 janv. 1837.)

L'historique des bourses synoviales *anormales* ou *accidentelles* (Lenoir) se borne à peu de mots. M. Brodie en a cité plusieurs exemples. Elles étaient parfaitement connues de Béclard, qui les a indiquées d'une manière rapide, mais précise. Des observations en ont été rapportées par MM. Velpeau, Blandin, et Bérard aîné.

Comme je l'ai dit, Alex. Monro (Junior) (1) a consacré un chapitre à l'étude des bourses synoviales. Elles y sont d'abord considérées dans leurs caractères généraux; ensuite, il en est fait une énumération dont le chiffre total s'élève à 132. Le chapitre de Monro a pour titre : *Observations générales sur les bourses muqueuses, ou vessies onctueuses, ou bourses synoviales*. On voit, par là, qu'il n'y est pas question seulement des bourses tendineuses. En effet, l'auteur anglais admet sept variétés de synoviales, que j'indiquerai dans l'article suivant.

M. H. Cloquet a mentionné ou décrit la plupart des bourses tendineuses (Anat. desc.); quelques-unes ont été décrites par M. Cruveilhier (Anat. desc.). M. Velpeau en a donné de belles descriptions (Anat. chir.), auxquelles sont rattachées des considérations importantes, dont je tirerai parti dans la seconde moitié de ce travail. M. Blandin (Notes à l'Anat. gén. de Bichat, et Anat. top.) a fait aussi quelques remarques qu'il me sera utile de consulter.

(1) Toutes les fois que je citerai Monro, c'est de celui-ci que je voudrai parler.

ARTICLE II.

Classification.

J'ai pensé que cet article était nécessaire pour offrir, dans un tableau restreint, toutes les espèces de bourses synoviales. Fourcroy, qui, dans son premier Mémoire, avait établi quatre variétés de bourses tendineuses, les a réduites à deux, dans le second : 1° les *vaginales*, enveloppant les tendons, comme des gâines; 2° les *vésiculaires*, placées à la surface des tendons, entre eux et les parties voisines. Du reste, Fourcroy ne connaissant que les bourses tendineuses, ne pouvait donner une classification complète : il en est de même de Bichat.

Les deux articles de Bécлар traitent, le premier, des bourses synoviales sous-cutanées, le second, des tendineuses, et, incidemment, des accidentelles. Donc, trois espèces seulement.

Monro, qui, le premier, a formulé une classification, admet les sept variétés suivantes :

- 1° Entre des os, comme entre la clavicule et l'apophyse coracoïde;
- 2° Entre des os et des ligaments, comme entre l'acromion et la capsule scapulo-humérale;
- 3° Entre des tendons et des ligaments, comme entre le tendon du psoas-iliaque et la capsule coxo-fémorale;
- 4° Entre deux tendons, comme entre ceux des muscles court et long extenseurs du carpe;
- 5° Entre des tendons et des coulisses, comme aux phalanges;
- 6° Entre des tendons et des cartilages, comme entre le tendon du grand oblique de l'œil et sa poulie cartilagineuse;
- 7° Entre un tendon et un os, comme entre le tendon bicipital et le radius.

Dans cette classification, il y a trop et pas assez; trop, parce qu'évidemment les quatre dernières variétés rentrent l'une dans l'autre; pas assez, car il n'y est question ni des bourses sous-cutanées ni des bourses accidentelles.

Voici la classification que je proposerais :

Les bourses synoviales se partagent en deux classes. Première classe : bourses synoviales normales. Deuxième classe : bourses anormales ou accidentelles. La première classe comprend six espèces. 1° Les tendineuses. 2° Les interosseuses. 3° Les intra-articulaires. 4° Les sous-cutanées. 5° Les intra-tendineuses. 6° Les sous-musculaires. Il suffit d'un fait unique, mais *constant*, pour que l'on doive admettre une espèce particulière qui, dès lors, demeure dans le cadre, comme une pierre d'attente. Ma deuxième espèce (première de Monro), repose, ainsi, sur un fait unique, de même que la troisième, qui est fondée sur le suivant : « ... J'en indiquerai une qui est renfermée dans l'articulation du genou... elle paraît appartenir au ligament croisé postérieur (Fourcroy, année 1787, p. 300). » La cinquième espèce est basée sur le fait également unique d'une bourse synoviale, trouvée par Fourcroy dans l'épaisseur du tendon du grand rond, sur plus de vingt sujets, c'est-à-dire toutes les fois qu'il l'a cherchée (année 1785, p. 426). Cette circonstance anatomique a aussi été notée par Meckel, et n'est point une anomalie, comme l'a prétendu M. Ollivier (Dictionnaire de Méd., art. *Bourses muq.*, nouv. éd.). Ma classification aurait cet avantage, que l'on pourrait y rattacher les faits à venir, qui, ainsi, ne risqueraient pas d'être oubliés, comme il est advenu de la bourse intra-articulaire ci-dessus désignée.

ARTICLE III.

Des bourses synoviales tendineuses.

Ces bourses, très-extensibles, se trouvent à l'insertion, près de l'insertion, ou à la réflexion des tendons, quelquefois entre deux tendons. Le tissu cellulaire membraniforme qui existe sous plusieurs muscles, sous le grand dorsal, par exemple, en est comme le rudiment (Béclard. Blandin). Leur nombre est variable ; Béclard l'évalue environ à cent paires. Quand plusieurs tendons glissent ensemble dans des gouttières cartila-

gineuses, on trouve une de ces bourses qui en emboîte d'autres. Par exemple : une commune, et une pour chaque deux tendons (Fourcroy). Il en est qui, simples à une de leurs extrémités, offrent, à l'autre, des digitations qui correspondent à autant de tendons (Béclard). On en voit qui communiquent avec les articulations voisines. Une communication, très-facile à reconnaître, existe entre le tendon du poplité et l'articulation du genou ; et l'on s'étonne, qu'étant la plus large de toutes, puisqu'elle a près d'un demi-pouce, elle n'ait pas été indiquée avant Fourcroy. Une autre, d'abord indiquée par Jankius, et constatée par la plupart des anatomistes, quoique Fourcroy l'ait cherchée en vain, existe entre la bourse du psoas-iliaque et l'articulation coxo-fémorale. M. Sédillot m'a montré récemment, à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce, un exemple de cette dernière communication. J'ai réuni, dans la description suivante, les caractères propres aux bourses que j'étudie en ce moment.

A. — *Parois de la poche.* — 1° *Surface externe.*

Dans les vésiculaires, elle offre deux faces; l'une adhérente au tendon, l'autre adhérente à la partie sur laquelle il glisse. Dans les vaginales, elle n'a pas de rapport avec le tendon, et adhère, soit aux os, soit aux gaines, soit aux ligaments. L'adhérence aux parties sur lesquelles glissent les tendons, est très-intime, le plus souvent invincible, à moins de destruction. Dans les vaginales, cette surface adhère le plus souvent à des gaines fibreuses; et l'union des deux membranes forme alors ce que Bichat a étudié, sous le nom de fibro-séreuses, dans son chapitre des membranes composées. Cette même surface offre, dans quelques cas, une apparence terne, opaque, due à un tissu mollasse, rougeâtre, filamenteux, fourni par les parties voisines, et que Fourcroy est parvenu quelquefois à isoler.

2° *Surface interne.*

Lisse, douce au toucher, elle présente différents objets qui vont être indiqués.

B. — *Cavité de la poche.* Simple ou multiloculaire, elle peut offrir :

1° Des *filaments muqueux*, qui vont de sa surface au tendon, plus fré-

quents dans les bourses vaginales, et dont quelques-uns présentent des flocons gélatineux recouverts d'une membrane analogue à l'hyaloïde (Fourcroy).

2° Des *cordelettes*, qui semblent partir du tendon pour aller se perdre dans la surface interne de la cavité, et que Jankius a improprement comparées aux filets tendineux du cœur (Fourcroy).

3° Des *graisses*, parsemées de points rougeâtres, dits *grains glanduleux*. Ces graisses, les analogues de celles que Clopton-Havers, le premier, a décrites dans les articulations, n'existent, selon Fourcroy, que dans huit ou dix bourses; d'où il suit qu'on ne peut les regarder comme sécrétant l'humour synoviale, et que le nom de *glandes* ne leur convient pas.

4° Quelques bourses tendineuses renferment des pelotons graisseux qui les font communiquer avec les articles voisins (Exemple : bourse prétiibiale. Fourcroy).

5° *L'humour synoviale*.

Cette humeur est jaunâtre, filante; elle a été trouvée sanguinolente par M. Cruveilhier, ce qui était peut-être l'effet de la transsudation qui a lieu après la mort (Blandin). Ce fluide semble plus ténu dans les bourses de peu d'étendue. Il n'a pas été analysé, que je sache, et paraît formé d'eau, d'albumine, de soude, et de quelques sels. D'anciens anatomistes l'avaient regardé comme étant de nature graisseuse ou analogue à la moëlle. Il s'unit à l'eau, et la blanchit légèrement; se coagule dans l'eau bouillante, au feu, et par les acides; verdit le sirop de violettes, se convertit, par la dessiccation, en une lame cornée très-mince, qui brûle comme du blanc d'œuf desséché.

C. — *Organisation*. Ainsi que toutes les séreuses, les bourses synoviales (Bichat, Béclard) ne sont que du tissu cellulaire condensé. Disons même, avec M. Blandin, que le système synovial des tendons se confond plus, peut-être, que le séreux et le synovial articulaire avec le cellulaire. Les synoviales vésiculaires sont d'un tissu plus serré que les vaginales, et comme fibreuses, par places. — *Vaisseaux sanguins*. D'abord niés par Bichat, qui ensuite les admit, indiqués par Béclard et Monro, comme ils l'avaient été par Fourcroy, ils se ramifient surtout

dans les graisses intra-synoviales, quand elles existent, et nous expliquent les prétendus *grains glanduleux*. — *Vaisseaux séreux*. Je les trouve indiqués dans Béclard, suivant lequel ils deviennent visibles dans l'inflammation. — *Vaisseaux lymphatiques*. Totalement inconnus. Monro veut qu'ils existent; autrement, dit-il, les bourses synoviales, bientôt hydropiques, se rompraient par la quantité de liquide accumulée dans leur cavité. — *Nerfs*. Le même auteur les admet, quoiqu'il ait été impossible de les apercevoir, et que les bourses synoviales ne témoignent que très peu de sensibilité à l'état normal. Il s'appuie sur les vives douleurs qu'elles font éprouver, alors que, par l'effet d'une inflammation, la *sensibilité organique* s'est transformée en *sensibilité de relation*. — *Follicules*. Admis par Rosenmuller. Béclard n'en a jamais trouvé. Mais il a vu des villosités.

D. — *Développement*. Elles sont, d'après Monro, proportionnellement plus étendues chez l'enfant que chez l'adulte. On les trouve chez le fœtus; conséquemment, dit Fourcroy, elles entrent dans le premier plan de la nature, et l'on ne peut les attribuer à l'action des muscles. Dans l'âge avancé, suivant Bichat, elles deviennent rigides, et contribuent à la lenteur des mouvements. Suivant Meckel, leurs communications avec les articles sont alors plus communes; et d'après Seiler, à cette époque, elles disparaissent en partie. Fourcroy les regarde comme une production des ligaments, des cartilages, du périoste ou des tendons; mais il semble plus naturel de penser qu'elles se forment isolément dans le tissu cellulaire général.

E. — *Préparation*. Elle diffère suivant que l'on veut découvrir une bourse vaginale ou une bourse vésiculaire. Dans le premier cas, il faut fendre la gaine le long du tendon, de manière à ne pas arriver du premier coup à la surface nacrée de celui-ci; on voit alors une membrane molle et fine que l'on peut suivre: c'est la synoviale. Dans le second cas, on coupe le muscle sous le tendon duquel celle-ci est située, et on le détache jusqu'à elle. Quand on veut mieux juger de la synoviale, on l'insuffle avec un petit tube; ce moyen a réussi à Fourcroy pour trouver la communication de plusieurs de ces capsules entre elles, ou avec les articulations; on peut, mais plus difficilement, les injecter. Fourcroy est

parvenu à en détacher plusieurs complètement, et à les conserver; c'est, comme on le pense bien, un travail très-difficile. Jankius dit en avoir préparé par la macération, ce que n'a jamais pu obtenir Fourcroy, qui fait remarquer, au contraire, que la macération les détruit en peu d'heures.

F. — *Anomalies.* Quelques bourses peuvent manquer; cette remarque s'applique presque exclusivement aux vésiculaires. Parmi celles-ci, telles sont, en outre, les variétés de nombre, que quelquefois on en voit quatre ou cinq, là où ordinairement il n'en existe qu'une.

G. — *Usages.* Les bourses tendineuses ont pour but d'entretenir dans les tendons la ductilité nécessaire à leur action, et de favoriser leur glissement. Jankius leur a aussi attribué l'usage, qui ne peut être que très secondaire, de fixer et de retenir les muscles.

ARTICLE IV.

Des bourses synoviales sous-cutanées.

Ce sont des capsules arrondies et multiloculaires qui se rencontrent partout où la peau recouvre des parties exerçant de grands et de fréquents mouvements. Pour les bien apercevoir on a recours à l'insufflation; l'air y reste et ne s'infiltré pas dans le tissu cellulaire, dont elles ne diffèrent, d'ailleurs, que par une condensation un peu plus grande, ce qui explique que M. J. Cloquet leur ait donné le nom de *bourses celluluses* (Leçons orales). Elles offrent peu de vaisseaux sanguins, leur cavité est humectée par une petite quantité de liquide mucilagineux.

Les bourses sous-cutanées sont-elles congéniales? Le passage suivant de Béclard nous porterait à l'affirmative: « Ces bourses se développent de très bonne heure; elles existent à l'époque de la naissance, et sont alors très-aisées à apercevoir, à cause du liquide assez abondant qui les humecte. » Mais, suivant M. Lenoir, il y en a qui ne le sont pas; telles sont deux de celles qu'il a décrites à la plante du pied.

On pourrait penser que des bourses non congéniales sont nécessairement accidentelles, et doivent être transportées dans le cadre de celles-ci; mais pour qu'une bourse soit réputée normale, il suffit qu'elle existe constamment, peu importe l'époque de son développement. Seulement il est permis de se demander si toutes les bourses sous-cutanées, admises aujourd'hui, sont réellement constantes. M. Lenoir dit bien en avoir trouvé les rudiments sur tous les cadavres où il les a cherchées; mais qu'est-ce que le rudiment d'une bourse sous-cutanée? Il y a de pareils rudiments partout dans le corps humain. Quand je vois un chirurgien distingué, M. Aston Key, affirmer que la bourse pré-rotulienne n'est pas constante, je suis disposé à croire que l'on a inscrit au nombre des bourses normales, quelques bourses accidentelles.

Le développement des bourses sous-cutanées augmente en proportion de l'exercice des parties qu'elles recouvrent: celle de l'acromion, par exemple, devient plus apparente chez les portefaix; celle du genou chez les personnes qui se mettent souvent à genoux, etc.

Ces membranes ont pour but de favoriser les mouvements des os sous la peau.

TABLEAU DES BOURSES SYNOVIALES SOUS-CUTANÉES.

A. — Bourses muqueuses de la tête et du cou.

Derrière l'angle de la mâchoire.
Au-devant du cartilage thyroïde.

B. — Du membre supérieur.

Sur l'acromion.
Sur la tubérosité humérale interne.
Derrière l'olécrâne.
Sur l'apophyse styloïde du cubitus.
— — du radius.
Sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes.
Sur la même face des articulations phalango-phalangiennes.

C. — Du membre inférieur.

Sur l'épine iliaque antéro-supérieure.
Entre la peau et le grand trochanter.
Au-devant de la rotule.
Sur la face dorsale des articulations métatarso-phalangiennes.
Sur la même face des articulations phalango-phalangiennes.
Sous le calcaneum.
Sous la première articulation métatarso-phalangienne.
Sous la cinquième articulation métatarso-phalangienne.

On pourrait donner un nom à chacune de ces bourses; on aurait ainsi les synoviales sous-cutanées *sous-parotidienne*, *pré-thyroïdienne*, *sus-acromiale*, *épitrocléenne*, *olécrânienne*, *stylo-cubitale*, *stylo-radiale*, *sus-métacarpo-phalangiennes*, *sus-phalango-phalangiennes des doigts*, *pré-iliaque*, *sus-trochantérienne*, *pré-rotulienne*, *sus-métatarso-phalangiennes*, *sus-phalango-phalangiennes des orteils*, *sous-culcanéenne*, *sous-métatarso-phalangienne interne*, et *sous-métatarso-phalangienne externe*; en tout 33.

Je n'en dirai pas davantage sur les bourses sous-cutanées, à propos desquelles je renvoie le lecteur à l'article précédent, pour les détails qui leur seraient applicables.

ARTICLE V.

Des Bourses synoviales anormales ou accidentelles.

Celles-ci, qui ne diffèrent des précédentes que parce qu'elles sont anormales, se produisent à l'occasion de frottements accidentels de la peau. M. Brodie parle d'une gibbosité sur laquelle il s'en était développé une. On en observe, sur le point où la peau frotte contre le côté saillant du tarse, dans le pied-bot; et aussi, après l'amputation de la cuisse, entre le bout de l'os et la cicatrice. M. Velpeau a remarqué que, chez les tailleurs, qui ont habituellement les jambes croisées sur leur établi, de telle sorte qu'ils appuient sur la face externe du pied et de la jambe, on en trouve souvent une sur la malléole externe. M. Brodie en a constaté une autre dans l'épaisseur de cette forte saillie, désignée vulgairement sous le nom d'*oignon*, à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, très-près, par conséquent, de la bourse sous-métatarso-phalangienne interne de M. Lenoir. Il n'est pas rare d'en observer une sur le coude-pied, spécialement chez les personnes qui font usage de sabots lourds et couverts. Sur le cadavre d'un homme qui portait des deux côtés du cou une énorme tumeur encéphaloïde s'appuyant en bas

sur la clavicule, M. Bérard aîné trouva, à droite et à gauche, une bourse synoviale qui se réfléchissait de l'os sur la tumeur, et dont la cavité eût pu contenir une noix. Enfin, M. Sédillot a fait connaître l'exemple d'une de ces bourses, développée entre la capsule coxo-fémorale et l'ilium, dans un cas de luxation congéniale. Quand on réfléchit à la formation de ces bourses accidentelles, on se voit bien près de la question des kystes séreux, à laquelle le sujet qui m'occupe conduit insensiblement. Au point de vue pur et simple de la structure, quelle est la différence entre un de ces kystes et une bourse synoviale sous-cutanée?... Mais je suis sur une pente glissante; s'il est bon, dans les sciences, de montrer les faces contiguës des choses, il ne faut pas porter trop loin l'esprit de généralisation. Je n'exagérerai pas une analogie qui ne saurait être complète.

ARTICLE VI.

Indication des Bourses synoviales, autres que les sous-cutanées et les accidentelles (1).

A. — MEMBRANE SUPÉRIEURE.

1^{re} SECTION. — *Bourses synoviales des environs de l'épaule.*

Bourse synoviale *sous-acromiale* (acromiale externe de Fourcroy), indiquée vaguement par Albinus, décrite par Jankius, et, très-exactement, par Sabatier, recouvre le tendon du sus-épineux, et est recouverte par le deltoïde, dont on la sépare facilement.

Sus-trochitérienne (acromiale interne de Fourcroy, qui l'a décrite le premier), recouvre les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux, et petit rond, et s'étend souvent jusqu'à l'apophyse coracoïde : communique quelquefois avec la précédente.

(1) Je préciserai le siège autant qu'il me sera possible, dans les dénominations que je donnerai à un grand nombre de ces bourses.

Sous-coracoïdienne (coracoïdienne de Fourcroy), située entre l'apophyse coracoïde et le tendon du sous-scapulaire (Jankius, Sabatier, Fourcroy). Celui-ci l'a vue partagée en trois, et même en quatre capsules, la première propre au tendon du sous-scapulaire, les autres communes à ce tendon et au tendon réuni du coraco-brachial et du biceps.

Bourses non constantes. Au nombre de quatre : une pour le biceps, une pour le coraco-brachial, deux pour le petit pectoral (Fourcroy); d'autres sont indiquées, mais moins précisément. Je ne les mentionne pas.

Sous-téno-pectorale. Située sous le tendon du grand pectoral.

Dorso-scapulo-humérale. Entre le tendon du grand dorsal et celui du grand rond.

Sus-scapulo-humérale. Au bord supérieur du tendon du grand rond. (Sabatier, Fourcroy.)

Sous-scapulo-humérale. Au bord inférieur de ce tendon. Fourcroy indique, mais confusément, une autre synoviale, voisine des précédentes, et qui existerait constamment.

Intra-tendineuse. Renfermée dans le tendon du grand rond.

Bicipitale. Elle entoure le tendon de la longue portion du biceps. Sabatier (édition de 1781) et Fourcroy la font provenir du *ligament orbiculaire de l'humérus*, tandis qu'elle est une continuation de la synoviale articulaire.

Coraco-claviculaire. Entre l'apophyse coracoïde et la clavicule. (Monro).

Costo-sous-claviculaire. Entre le muscle sous clavier et la première côte. (Monro).

Sous-scapulo-capsulaire. Située entre le tendon du sous scapulaire et la capsule scapulo-humérale (Monro), dans le point où celle-ci présenterait une ouverture. (V. H. Cloquet, p. 509, t. 1.) Cette bourse communiquait avec l'article.

Il en existe une, admise par Monro, sous la partie du biceps qui passe sur le ligament capsulaire.

DEUXIÈME SECTION. — *Bourses synoviales des environs du coude.*

Cubito-radiale. Ainsi nommée par Fourcroy; indiquée par Jankius. Située entre les tendons des biceps et brachial antérieur.

Radio-bicipitale. Ainsi nommée par Fourcroy. Située à l'insertion inférieure du biceps.

Olécrânienne tendineuse (pour la distinguer de l'olécrânienne sous-cutanée). Albinus, Winslow et Sabatier ne l'ont pas mentionnée. Indiquée par Jankius; Fourcroy l'a cherchée en vain; Monro l'admet.

Olécrâniennes latérales. Ce sont deux petites poches que Fourcroy a trouvées de chaque côté de l'olécrâne, et qu'il propose d'appeler *cubitales*.

TROISIÈME SECTION. — *Bourses synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main.*

Trapézienne. Radiale interne de Fourcroy. Indiquée par Jankius. Renfermée dans la gaine fibreuse du tendon du grand palmaire, et refléchie sur ce tendon.

Cubito-pisiforme. Entre le tendon du cubital antérieur et le pisiforme. Admise par Monro, d'après Jankius; contestée par Fourcroy.

Carpienne antérieure. Elle offre une capsule générale ou commune, qui renferme cinq gaines particulières, dont la première, du côté externe, suit le tendon du long fléchisseur du pouce; la seconde réunit ceux du sublime et du profond qui se portent à l'index; et les trois autres renferment de la même manière les tendons de ces deux muscles qui vont le fixer aux trois autres doigts (Fourcroy).

Bi-radiale. Celle-ci est commune aux tendons des deux radiaux, et se subdivise pour accompagner chacun d'eux. Fourcroy en indique une autre qu'il a trouvée quelquefois entre le tendon du supinateur et celui du premier radial.

Je ne trouve pas de nom convenable pour désigner la capsule qui réunit les long abducteur et court extenseur du pouce, et qui se subdivise en bas pour accompagner chacun d'eux. Je ne dénommerai pas non plus celle du long extenseur du pouce, qui, née avec le tendon de celui-ci, s'étend jusqu'à l'insertion phalangienne.

Carpienne postérieure. Enveloppe les tendons extenseurs. Très-belle. Elle offre, comme la carpienne antérieure, une bourse commune, et, au lieu de cinq, quatre bourses partielles.

Sylo-cubitale tendineuse (pour la distinguer de la st. cub. cutanée). Double la coulisse dans laquelle passe le tendon du cubital postérieur.

Digitales. Celles-ci tapissent les gânes fibreuses des doigts, et se refléchissent sur les tendons, de manière à les envelopper dans un double étui.

B. — BOURSES SYNOVIALES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

PREMIÈRE SECTION. — *Bourses synoviales des environs de l'articulation coxo-fémorale.*

Trochantérienne. Elle est située entre la face externe du grand trochanter et le grand fessier.

Sus-trochantérienne tendineuse. Située vers le sommet du grand trochanter, sous le tendon du moyen fessier. Elle est très belle; et il est singulier que Jankius l'ait omise.

Petite trochantérienne. On la voit sous le tendon du petit fessier, près de son insertion.

Obturatrice-trochantérienne interne. Entre le tendon de l'obturateur interne et la cavité trochantérienne.

Obturatrice-trochantérienne externe. Décrite, pour la première fois, par Jankius, ainsi que la précédente. On la trouve entre le tendon de l'obturateur externe et la cavité trochantérienne.

Ischio-obturatrice. Se trouve entre le tendon de l'obturateur interne et la poulie osseuse creusée entre l'épine et la tubérosité sciatiques.

Je ne donnerai pas de nom particulier aux deux capsules qui se trouvent entre les tendons supérieurs des muscles demi-tendineux, demi-membraneux, et biceps crural.

Psoas-iliaque. Celle-ci est le type des bourses vésiculaires. Elle sépare la branche du pubis et le ligament capsulaire de la cuisse du tendon du muscle psoas-iliaque. Duverney, Winslow, Albinus, Jankius, Sabatier, Fourcroy, tous les auteurs l'ont décrite. Albinus l'a appelée une cavité borgne; nous avons vu que c'est à tort.

Outre ces différentes bourses, il en existe une quantité de variables auxquelles je ne m'arrêterai pas.

DEUXIÈME SECTION. — *Bourses synoviales des environs du genou.*

Jankius en indique deux, l'une entre les tendons réunis des crural et droit antérieur et la capsule, la seconde entre les deux tendons. Fourcroy n'a jamais vu ni l'une ni l'autre; mais il les décrit.

Deux rotuliennes latérales. S'insérant de chaque côté de la rotule, et ne communiquant pas avec la cavité.

Pré-tibiale. Située entre le ligament rotulien et le haut du tibia; sans communication avec l'article (Fourcroy).

Albinus a indiqué une bourse synoviale entre le tendon du demi-membraneux et la capsule du genou.

Sabatier une autre entre ce tendon et la facette du tibia sur laquelle il glisse.

Deux autres indiquées par Jankius ne sont pas constantes.

Il y en a trois sous les tendons des muscles couturier, grêle interne et demi-tendineux. Quelquefois il n'en existe qu'une, qui, alors, est très-large.

Une sous le tendon du gastro-cnémien interne.

L'extrémité inférieure du tendon du biceps présente souvent deux bourses synoviales, l'une qui lui est commune avec le tendon du gastro-cnémien externe, l'autre située entre la face interne de son tendon et le ligament latéral externe du genou.

Bourse synoviale *poplitée*. Se trouve entre le tendon du poplité, le péroné, le tibia et le fémur; communique avec l'article.

Mentionnons, enfin, la bourse synoviale du ligament croisé postérieur.

TROISIÈME SECTION. — *Bourses synoviales de la partie inférieure de la jambe, et du pied.*

Cet article m'a conduit un peu loin. Je suis obligé de citer rapidement.

Il y a une bourse synoviale pour le long extenseur des orteils, laquelle se divise, inférieurement, en quatre gâines secondaires.

Il y a une bourse pour l'extenseur propre du pouce; une pour le jambier antérieur.

Une commune aux péroniers latéraux, qui, à l'intérieur de celle-ci, en ont, chacun, une autre.

Une entre le calcanéum et le tendon d'Achille, très-remarquable, et connue de tout le monde depuis Albinus. Je ne puis passer sous silence, à son sujet, l'usage curieux que Fourcroy attribue au plantaire grêle, de la tendre.

Les tendons du fléchisseur commun et du jambier postérieur sont réunis, derrière la malléole tibiale, par une bourse commune, qui enveloppe deux autres bourses, particulières à chacun de ces muscles.

Il y en a une derrière ceux-ci, pour le tendon du long fléchisseur du gros orteil, et, enfin, cinq digitales, comme à la main.

Il existe, sous les ligaments profonds du pied, plusieurs autres bourses synoviales; mais elles sont très-variables.

C. — TRONC.

Fourcroy croyait qu'il n'existait pas de bourses synoviales à la tête, au cou, au thorax, et au rachis.

Voici celles que l'on connaît aujourd'hui :

Une à la réflexion du grand oblique de l'œil.

Une entre le globe de l'œil et le tendon de chaque muscle droit.

Une sous le tendon de chaque tête du muscle digastrique (sous-digastriques) (Monro), et une pour la partie moyenne (médio-digastrique) (H. Cloquet).

Deux petites sous le masseter (sous-massetérines) (Monro).

Une sous le sterno-hyoïdien (sous-sterno-hyoïdienne) (Monro).

Une au point de réflexion du péristaphylin externe sur le crochet ptérygoïdien.

Une sous le grand pectoral (sous-pectorale).

Une souvent sous le grand dorsal (sous-dorsale).

Une entre l'hyoïde et le larynx (hyo-thyroïdienne).

Une, enfin, entre le grand dorsal et le scapulum (dorso-scapulaire).

En récapitulant, on trouve (y compris celles d'entre les bourses variables qui sont indiquées) :

A. — Membre supérieur.	Première section.	21	51
	Deuxième section.	5	
	Troisième section.	25	
B. — Membre inférieur.	Première section.	9	45
	Deuxième section.	17	
	Troisième section.	19	
C. — Tronc.		16	
Total.			112 paires.

J'ai peut-être, en écrivant cet article, été au-delà de ma question, dont le sens est général. Mais j'ai pensé que cette rapide indication pourra ne pas être inutile à ceux qui voudront se faire une idée de l'ensemble du système que je viens d'étudier.

DEUXIEME PARTIE.

PATHOLOGIE.

Les maladies des bourses synoviales se divisent naturellement en : maladies des bourses synoviales sous-cutanées, et maladies des bourses synoviales tendineuses.

CHAPITRE PREMIER.

Des maladies des bourses synoviales sous-cutanées.

Dans quel ordre exposerons-nous ces maladies? M. Ollivier, qui en a, le premier, tracé un tableau, a successivement décrit les plaies, la contusion, les épanchements, les corps étrangers, l'hygroma et l'inflammation (Dictionnaire de Méd., nouv. éd., art. *Bourses muqueuses*). Mais la contusion est une cause, soit de tumeurs, soit d'inflammation, et ne doit pas être étudiée séparément. Quant aux corps étrangers, ils se répartissent dans les diverses espèces de tumeurs. J'étudierai donc dans ce chapitre : 1^o Les tumeurs. 2^o L'inflammation des bourses sous-cutanées. Je rattacherai aux tumeurs l'histoire des productions diverses qui peuvent leur appartenir. Quant aux plaies, il y a si peu de chose à en dire que ce n'est point la peine de leur consacrer un article spécial. La cicatrisation de la peau est aussi facile, qu'une bourse sous-cutanée ait été ou non intéressée. Chaque jour on voit des plaies du devant de la rotule se cicatriser parfaitement, malgré la division de la bourse pré-rotulienne.

La réunion de la plaie et le repos de la partie sont les seules indications que présentent ces solutions de continuité. Le chirurgien doit être attentif à la marche de la blessure, prêt à combattre l'inflammation, si elle menaçait de se développer.

ARTICLE PREMIER.

Tumeurs des bourses sous-cutanées.

Considérations générales. M. Leguey, auteur d'une thèse remarquable sur les bourses synoviales (Paris 1837, n° 374), a proposé une classification de ces tumeurs, qu'il a désignées sous de nouveaux noms. Les tumeurs des bourses synoviales seraient d'une manière générale, des *unguinocèles*, du mot *unguineuses* appliqué autrefois à ces poches séreuses. Les *unguinocèles* se distingueraient 1° suivant leur siège: en *sous-cutanées* et *sous-musculaires*, en *tendineuses* et en *articulaires*. Les *tendineuses* se subdiviseraient en *vaginales* et *vésiculaires*. 2° Suivant leur nature: en *simples* (hydropisies), *hémorragiques* (tumeurs hématiques), *purulentes* (abcès) et *pseudo-membraneuses* (kystes hydatiques).

Cette classification prouve que l'auteur a vu l'ensemble du sujet. Mais ses dénominations ne me semblent pas satisfaisantes. D'abord, ce nom d'*unguinocèle* provient d'un mot justement abandonné. Ensuite, pour désigner, par exemple, un hygroma du genou, il faudrait dire: *unguinocèle sous-cutanée simple pré-rotulienne*. Ce serait trop long. Ajoutons que cet adjectif *simple* n'indique en rien la nature hydropique de la tumeur. Le mot *unguinocèle* étant accepté, la dénomination d'*unguinocèle hémorragique* indiquerait bien une tumeur sanguine, mais sans aucun avantage sur le nom de *tumeur hématique*, usité depuis 1826. Je n'admets pas non plus l'*unguinocèle purulente*. Ici, c'est tout à la fois le nom et la maladie que j'attaque. Toutes les tumeurs des bourses sous-cutanées sont d'abord séreuses ou sanguines; s'il s'y joint du pus ou quelque autre élément, ce n'est qu'à titre d'accident (Velpeau). D'après cela, l'*unguinocèle purulente* n'est qu'un accident, et ne doit pas être érigée elle-même

en maladie. En dernier lieu, quant à la dénomination d'*unguincèle pseudo-membraneuse*, appliquée aux kystes séro-purulents, ou séreux, avec production de corps cartilagineux, je me crois autorisé à la rejeter pareillement, attendu qu'elle admet l'opinion de M. Cruveilhier sur la production de ces corps, à l'exclusion d'une autre opinion tout aussi généralement admissible. Il y a, parmi les tumeurs qui m'occupent, des tumeurs pseudo-membraneuses, je veux dire avec production de concrétions membraniformes à l'intérieur du sac, mais ce n'est point de celles-là que veut parler M. Leguey, et, d'ailleurs, il n'y aurait encore aucun avantage à les séparer des autres.

Si l'on voulait absolument donner de nouveaux noms à ces tumeurs, peut-être serait-il permis de présenter les suivants. Celui d'*hydrosynie* désignerait, d'une manière générale, l'hydropisie des bourses synoviales; ceux d'*hydrocutésynie* et d'*hydroténosynie* désigneraient, le premier, l'hydropisie des bourses sous-cutanées, le second, celui des bourses tendineuses. On appellerait *hémasynies* les tumeurs hématiques, que l'on distinguerait en *hémacutésynies* et *hématénosynies*. De la même manière, je le dis ici, quoique ce ne soit point le lieu, on pourrait donner à l'inflammation des bourses synoviales le nom de *cutésinite* ou de *ténosynite*, suivant que les sous-cutanées ou les tendineuses seraient affectées. Mais j'attache une faible importance à ces dénominations, et je conserverai celles qui existent. Pour qu'un nom réunisse les conditions essentielles, il suffit qu'il ait un sens bien déterminé, et le même pour tous. Il ne s'agit pas autant de connaître une maladie sous une dénomination exacte, que de la bien connaître sous une dénomination quelconque.

Toutes les tumeurs des bourses sous-cutanées sont primitivement hématiques ou séreuses. Tel est le principe qui réglera l'ordre que je vais suivre dans l'étude de ces tumeurs, lesquelles sont, d'après une autre division, liquides ou solides. J'avais pensé à suivre cette dernière division, mais elle m'eût conduit à séparer les tumeurs sanguines liquides des tumeurs également sanguines solides : ce qui eût été un très-grave inconvénient.

Une tumeur sanguine dans laquelle la sérosité du sang persisterait

seule, avec un peu de matière colorante, la fibrine ayant été absorbée; une tumeur séreuse dans laquelle le sac deviendrait le siège d'une exsudation sanguine, donneraient lieu à une tumeur mixte, intermédiaire aux deux genres, et qui mérite d'être notée, sans que, pour cela, elle doive être étudiée séparément, vu l'identité de ses symptômes avec ceux des autres tumeurs liquides.

Dans l'histoire de ces tumeurs des bourses sous-cutanées, je conclurai souvent de celles du genou à toutes les autres, parce que celles du genou en sont le type.

A. — TUMEURS HÉMATIQUES.

Il faut le dire, en surmontant un sentiment de convenance, la science doit beaucoup, sur la question entière des tumeurs hématiques, à M. Velpeau, qui, par l'étude approfondie des transformations du sang, a éclairé l'origine de ces tumeurs. Un fait de première importance, et qui ressort aussi des observations de ce professeur, consiste dans la facilité vraiment surprenante avec laquelle les synoviales, articulaires ou autres, sont envahies par le sang.

Ces tumeurs sont décrites par les auteurs sous des noms différents, et confondues avec le mélicéris, l'athérome, le stéatome, dans la classe générale des loupes.

I. — *Sièges divers; fréquence; variétés de ces tumeurs.* — *Sièges divers.* — C'est à la bourse pré-rotulienne qu'on les a observées le plus souvent. Vient ensuite la bourse olécrânienne. En troisième lieu, se présentent les bourses accidentelles malléolaires, dont je parle ici, parce que les bourses accidentelles, une fois développées, ne diffèrent en rien des sous-cutanées, ni par l'organisation, ni par les maladies. Les deux cas de tumeur hématique malléolaire, cités par M. Velpeau, sont les seuls de ce genre qui soient à ma connaissance. M. Bérard a fait connaître l'observation d'un couvreur qui portait deux tumeurs aux genoux; celle d'un côté, grosse comme un œuf d'autruche, l'autre comme une orange.

Fréquence. — D'après M. Velpeau, les tumeurs les plus fréquentes des

bourses sous-cutanées seraient les séro-sanguinolentes; or, celles-ci, formant une variété anatomique intermédiaire, et ne pouvant réellement être considérées ni comme tout à fait hématiques, ni comme tout à fait séreuses, il s'ensuit que la plus grande variété *absolue* se trouverait *entre* les deux grandes classes, et non dans l'une ou dans l'autre. Quant à la fréquence relative des hématiques et des séreuses, celles-ci, les seules cependant, ou à peu près, dont les auteurs se soient occupés, tiennent le second rang, d'après M. Velpeau, comme d'après Monteggia. « Ces loupes, dit le chirurgien italien, en parlant des causes des tumeurs hématiques, pourraient être appelées sanguines : telles sont presque toujours celles du genou. »

Variétés. — Les tumeurs hématiques diffèrent, 1° sous le rapport de la consistance (dures ou solides); 2° du volume (elles varient entre le volume d'une noix et celui d'un œuf d'autruche); 3° de l'époque de leur développement (récentes ou anciennes : cette distinction n'est pas sans avoir une grande importance pour le pronostic et le traitement).

II. — *Causes.* — C'est presque toujours un coup, une chute qui sont le point de départ de ces sortes de tumeurs. Les malades oublient cette origine par le peu de douleur qu'ils en ont éprouvé, et le peu d'attention qu'ils y ont apporté (Velpéau). Ainsi que l'on devait le présumer, c'est donc la contusion qui est la cause la plus fréquente; mais cette contusion est de deux espèces : violente et instantanée, comme dans une chute; ou insensible et lente, comme chez les personnes qui se tiennent habituellement sur les genoux. C'est cette deuxième forme de contusion qui a déterminé la maladie chez les deux jeunes tailleurs dont parle M. Velpéau. A ce sujet, je vais traduire un passage de Monteggia : « Il semble que les loupes du genou aient une origine à peu près semblable à celle des ecchymoses, attendu que, souvent, on y trouve du sang pur, comme il a été dit, et qu'elles reconnaissent ordinairement pour cause une contusion *lente* du genou, ces tumeurs étant plus fréquemment observées chez les personnes pieuses, chez les ecclésiastiques, les faiseurs de parapluies et les blanchisseuses, en raison, je crois, de l'habitude qu'ont ces personnes

de se tenir sur les genoux. » (Monteggia, *Istituzioni chirurgiche*, t. 2, pag. 170.)

On voit, d'après ce passage, que Monteggia connaissait la véritable origine de la plupart des kystes du genou. J.-L. Petit la pressentait vaguement, déjà, quand il écrivait que dans les foyers, suite de coup, qu'on ouvre trop tard, les concrétions, les pelotons qui s'y remarquent, ne sont que des restes de caillots. Tout cela sans préjudice des droits de M. Velpeau à la découverte de la loi sur la génération des tumeurs hématiques, attendu que c'est lui qui a généralisé, et, le premier, nettement formulé cette loi importante. L'âge le plus favorable au développement des tumeurs hématiques est tout simplement celui où l'on est le plus sujet à leurs causes; on a dû faire, à la lecture de ce qui précède, la part des professions, dans la production et la fréquence de ces tumeurs.

III.—*Caractère sanatomiques.*—*a. Matière contenue.*—Elle est liquide ou solide: 1° *liquide.* C'est tantôt du sang pur, ou mêlé à une petite quantité de sérosité; tantôt un liquide onctueux, noirâtre, épais, semblable pour l'aspect à de la bouillie de chocolat: « Un liquide brun, couleur de café, avec un dépôt semblable à de la lie de vin, ou à un vieux reste de sang. » dit Monteggia. Quelquefois c'est un liquide sanguinolent, lactescent ou même tout à fait séreux (Velpéau). Comment une tumeur hématique se transforme-t-elle à ce point de contenir un liquide séreux? C'est ce qui sera expliqué dans le paragraphe suivant, et ce qui prouve combien il est difficile d'établir, dans les procédés morbides, ces divisions tranchées qui sont un besoin de notre esprit. Nous avons deux classes bien distinctes de tumeurs, et voilà que maintenant ces deux classes se touchent en un point. Au milieu du liquide flottent quelquefois des concrétions de fibrine ou d'albumine, des grumeaux de formes diverses, ou des productions plus solides, dont il sera parlé bientôt, et, plus spécialement, dans l'article du *ganglion*. 2° *Matière solide.* Toutes les tumeurs ne présentent pas le même degré de solidité. M. Velpeau en a vu dans lesquelles le sang était

encore reconnaissable à l'état de caillots ou de concrétions fibrineuses. En général, elles sont formées de masses, de pelotons, de plaques, de grumeaux, affectant des colorations différentes, friables ou très-solides. Au milieu de ces masses on distingue quelquefois de petits foyers de matières semi-liquides. Au demeurant, dit M. Velpeau, auquel j'emprunte la plupart de ces détails anatomiques, ce sont là des masses *stéatomateuses, athéromateuses ou mélicériques*.

b. Kyste. Il est tantôt assez mince, tantôt très-épais, dur, coriace, doublé, à sa face interne, de lames concentriques plus ou moins adhérentes, et assez analogues à celles des anévrismes; il est souvent traversé de demi-cloisons fibro-celluleuses.

Je ne terminerai pas ce paragraphe sans rapporter une curieuse remarque de Monteggia: « Il m'est arrivé, dit-il, d'ouvrir sur le genou des tumeurs cystiques, à parois épaisses, mais entièrement vides d'humeurs, ce qui a été pareillement observé par Girard. » Il faut reconnaître ici une absorption exercée sur la matière de la tumeur, par la surface interne du sac, qui, épaissi, avait continué à former tumeur.

IV. — *Transformations du sang dans les tumeurs hématiques.* — Supposons un épanchement, suite de contusion, dans la bourse prérotulienne. Si l'épanchement est peu considérable, et le sujet dans de bonnes conditions, l'absorption du liquide épanché peut avoir lieu. Mais que l'épanchement soit considérable et sa résorption impossible; voici alors ce que l'on observe: ou le sang se concrète ou il reste liquide.

1° Sang concrété. Le degré de concrétion varie, et, avec lui, nécessairement, la consistance de la tumeur. Par exemple, à un premier degré de concrétion, nous aurons une matière analogue à de la bouillie de chocolat; tandis qu'un plus élevé nous donnera ces masses fibrineuses dont les transformations ultérieures et variables constitueront les diverses tumeurs dénommées dans le paragraphe précédent.

Les différents degrés de concrétion répondent généralement à des époques différentes de la tumeur. Ainsi, chez le boulanger opéré par M. Velpeau, au sixième jour du développement de celle-ci, le sang était

pris en caillots noirs. De même, chez l'un des jeunes tailleurs déjà cités, la tumeur, qui ne datait que de deux ou trois semaines, contenait du sang parfaitement reconnaissable, tandis que chez un homme, opéré en 1826, d'une tumeur qui avait plusieurs années de durée, M. Velpeau trouva une matière informe, grise, jaune, noirâtre et onctueuse.

C'est même l'étude des tumeurs hématiques, aux différentes époques de leur développement, qui a confirmé, dans l'esprit de M. Velpeau, la doctrine, seulement entrevue par lui, en 1818, de la génération de ces tumeurs.

La résorption de la matière colorante, sa persistance, et d'autres circonstances d'exsudation sanguine, etc., rendent compte des variétés de coloration que présentent les tumeurs hématiques dans les bourses sous-cutanées, comme dans n'importe quelle partie.

Il faut tenir compte sans doute, dans la production de ces phénomènes, de la sécrétion qui se fait à la surface interne du kyste. Mais je pense qu'ici le rôle de cette sécrétion est très-secondaire.

2° *Sang resté fluide*. Quelquefois c'est la fibrine qui est absorbée, et la sérosité qui persiste; tel était le cas de ce vieillard opéré à la Pitié, d'une tumeur par contusion, qui contenait six onces de sérosité où nageaient deux ou trois grumeaux fibrineux; même chose a été observée dans plusieurs autres cas. Il est donc possible qu'une tumeur, d'abord hématique devienne séreuse. Et voilà, ainsi que je le disais plus haut, le point où nos deux classes de tumeurs se rencontrent.

J'ai pensé qu'une tumeur hématique pouvait devenir séreuse d'une autre manière : supposons un épanchement médiocrement considérable et concrété dans la bourse synoviale, celle-ci, irritée d'abord par la cause de l'épanchement, et actuellement par le grumeau, sécrète une plus grande quantité de sérosité, au milieu de laquelle nage ce dernier. Et ainsi, en outre, se trouve expliqué un mode particulier de génération des corps dits hydatiques.

V. — *Diagnostic*. — Il est difficile de confondre ces tumeurs avec une autre maladie; mais il est possible de les confondre entre elles. Voici toutefois quelques signes différentiels : l'ancienneté et la consistance font

reconnaître les tumeurs *athéromateuse*, *stéatomateuse* et *mélicé-rique*. Celle-ci se distingue des deux autres par plus de régularité et de mollesse. L'épanchement séreux se reconnaît à la tension élastique du kyste avec apparence de fluides. La tumeur sanguine donne une sensation différente, suivant que le sang est liquide ou en caillots. Dans le premier cas, la tumeur est molle, mais irrégulière, et la fluctuation obscure; dans le second, on sent quelque chose de flasque, de spongieux. Enfin, quand la main portée sur la tumeur, saisit un bruit de frottement, de collision, on peut annoncer l'existence de grumeaux fibrineux ou albumineux. Je n'ai point indiqué le cas d'un épanchement sanguin, suite immédiate et sensible de contusion instantanée, ce cas étant des plus faciles à déterminer.

VI. — *Terminaisons. Pronostic. — Terminaisons.* — 1° Par *résolution*. Cette terminaison est rare, et n'est guère possible que dans les tumeurs récentes. 2° Par *inflammation et suppuration*. Plus à craindre qu'à désirer, cette terminaison expose le malade, à cause du voisinage constant des articulations, dans les points où ces tumeurs ont été observées. 3° Il est possible que les exoriations répétées dont ces tumeurs peuvent être le siège, deviennent l'occasion d'une dégénérescence. 4° Le plus souvent la tumeur reste stationnaire, ou s'accroît insensiblement, et le malade demeure exposé à l'inflammation de la poche kystique, par suite des frottements auxquels celle-ci est sujette. On voit que le *pronostic*, s'il n'est pas très-grave, n'est pas non plus exempt de dangers. Il varie pour les tumeurs récentes, par rapport à la violence de la contusion, et à la partie qui est affectée. A ce dernier égard, un épanchement sanguin de la bourse pré-rotulienne doit être, toutes choses égales, plus grave qu'un épanchement de la bourse olécrânienne. Dans les tumeurs anciennes, le pronostic est plus ou moins grave, suivant que leur volume est plus ou moins considérable, etc.

VII. — *Traitement.* — Le traitement *spécial* des tumeurs hématiques des bourses sous-cutanées a été formulé depuis peu de temps, ces tu-

meurs n'ayant pas été distinguées des autres par les auteurs. Il faut nous rappeler ici la division de ces tumeurs en récentes et anciennes.

1° *Récentes.* — Ce sont presque exclusivement les seules qui puissent guérir sans opération. *Ecrasement et rupture.* Ce moyen, le même qui est employé vulgairement pour les bosses sanguines de la tête, a réussi deux fois à M. Velpeau. Il est conseillé, d'une manière générale, par Boyer, dans les *loupes* du devant de la rotule, d'après cette observation de Saviard que, quelquefois, la rupture spontanée de ces kystes a été suivie de guérison. *Vésicatoires volants.* M. Velpeau a réussi deux fois, sur trois qu'il les a employés. Le vésicatoire doit être appliqué large, et répété plusieurs fois en quinze jours, s'il est nécessaire. Viennent ensuite les *résolutifs*. Si j'avais à traiter une tumeur hématique récente, c'est par eux que je commencerais. Le froid et la compression me semblent devoir leur être adjoints. J'ai vu se dissiper presque complètement, par cette méthode, qui n'est autre chose que le traitement ordinaire de l'entorse, une tumeur hématique assez considérable qu'une personne s'était faite au coin de l'œil. — *Ponction* avec le trocart. Elle n'offre de chances que dans les kystes totalement liquides. — *Injection, comme dans l'hydrocèle.* Ce moyen peut donner lieu à un véritable abcès. Les bourses synoviales sous-cutanées, dit Béclard, sont susceptibles de s'enflammer, de suppurer et de former des abcès volumineux, soit après des pressions répétées, soit *après qu'on y a fait une injection*. Une *incision* est préférable, dans le cas où la tumeur a résisté aux résolutifs et au vésicatoire, et quand l'écrasement n'a pu être employé, à cause de l'irritation existante. Cette incision est faite au point le plus déclive; on y engage une mèche, afin de pouvoir irriter le sac à l'aide d'injections, dans le cas où l'inflammation adhésive ne s'y manifesterait pas suffisamment. Enfin, lorsque du pus s'est formé, on doit faire des incisions au pourtour du foyer, qui pourrait être aussi, mais moins rationnellement, divisé en croix.

2° *Tumeurs hématiques anciennes.* Je l'ai déjà dit, elles ne peuvent guère se terminer à moins d'une opération. Les détails propres à celle-ci seront indiqués dans l'article suivant, où je m'occuperai de l'ablation ou extirpation des *loupes*, en ce qui touche mon sujet.

B. — TUMEURS SÉREUSES.

Les tumeurs séreuses constituent ce que l'on a nommé *hygroma*, *hydropisie des bourses muqueuses ou synoviales sous-cutanées*.

I. — *Sièges divers*. — Jusqu'ici on ne connaissait que l'hygroma de la bourse pré-rotulienne, celui de la bourse olécrânienne, et deux ou trois variétés d'hygroma de bourses accidentelles. Mais il est temps de faire intervenir l'anatomie dans ce sujet, et de rattacher un grand nombre de tumeurs séreuses au cadre jusqu'à ce jour si restreint de l'hygroma.

Je pense, pour ma part, que les kystes qui ont été étudiés par M. Maunoir, sous le nom générique d'*hydrocèle du cou*, ne sont que des hygroma, je veux dire des tumeurs séreuses des bourses synoviales du cou. Et combien n'y a-t-il pas de bourses dans cette région? les trois digastriques, la sous-sterno-hyoïdienne, la tyro-hyoïdienne, la pré-thyroïdienne, la coraco-claviculaire, la sous-costoclaviculaire, la sous-parotidienne! n'y a-t-il pas là de quoi expliquer toutes les tumeurs séreuses de M. Maunoir? N'est-ce pas à l'hygroma de ces bourses synoviales que doivent se rattacher les cas de Stephen Cassidy et de Mary Kelly, rapportés par James O'Beirne, et celui de la femme Rouska Antonia, observé par M. Laugier, en 1832, à l'hôpital Necker? (V. Dict. de méd. nouv. édit. art. *Cou*). Ne doit-on pas y rattacher le cas de cette tumeur observé en 1700, par de La Motte, en compagnie de Frémont, de Des Rosiers, et d'Hanouel, sur un enfant, chez lequel elle s'était développée en si peu de temps, que Sabatier ne veut pas croire que ce fût une *loupe*, et la regarde erronément comme un abcès par congestion? (V. De la Motte. *Traité comp. de Chirurgie*, t. 1, p. 346.)

Mais, c'est surtout dans J.-L. Petit, cette grande lumière chirurgicale du XVIII^e siècle, que je trouverais des exemples à l'appui de mon opinion. Lisez cet inappréciable chapitre des *tumeurs où il y a collection de matières*, vous y verrez: 1^o le cas d'une femme de Courbevoie, atteinte

d'une tumeur *charnue* du cou, qui n'était certainement qu'une tumeur hématique d'une bourse synoviale. 2° Le cas d'une loupe, qui avait commencé vingt ans auparavant, *par une petite tumeur glanduleuse, placée à deux travers de doigt au-dessous de l'oreille*. Je n'en veux pas davantage que cette origine, pour oser affirmer que c'était là un cas d'hygroma de la bourse synoviale sous-parotidienne. 3° Le cas d'une *loupe* sous-claviculaire, qui pourrait être une tumeur de la bourse coraco-claviculaire, ou de la sous-costoclaviculaire. Mais je n'affirme rien au sujet de ce dernier cas, attendu que l'observation de J.-L. Petit manque de détails. 4° Le fait d'un paysan chez lequel la tumeur siégeait au-dessous de l'angle de la mâchoire, et était aussi un hygroma sous-parotidien. 5° L'observation de madame de ..., qui me semble avoir été atteinte d'hygroma pré-thyroïdien, ainsi que la femme même de J.-L. Petit. Je me bornerai à ce qui précède; c'en est assez pour appeler l'attention, et faire lire, dans un but nouveau, un des chapitres les plus riches qui se soient écrits en chirurgie.

J'ouvre le tome septième de la Chirurgie de Boyer, et je trouve qu'il y est question (p. 38) d'une tumeur enkystée qui *se développe quelquefois entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde*, et ne peut être qu'un hygroma de la bourse synoviale thyro-hyoïdienne.

Tous les kystes que je viens de passer en revue ont une remarquable tendance à l'exsudation sanguine. Ici donc interviendraient naturellement les explications données plus haut sur les transformations du sang; et alors, que seraient les athéromes, les stéatomes et les tumeurs mélicériques du cou?.. Quelle analogie n'y aurait il pas entre ces tumeurs et celles du genou, par exemple, à cela près de la cause, puisque dans ces dernières la cause la plus fréquente de l'hémavie paraît être la contusion, tandis que dans celles-là, ce serait l'exsudation qui fournirait les matériaux de la tumeur.

Je ne me suis pas encore fait une objection qui peut m'être adressée. Hé quoi! dira-t-on, vous voulez qu'une petite bourse, comme est la sous-parotidienne, prenne un tel volume, que la tumeur formée par elle vienne à peser sept livres, par exemple? Cette objection n'a rien de bien triomphant quand on connaît l'extensibilité des bourses synoviales, et quand

on réfléchit qu'avant de peser sept livres, une tumeur a commencé par être une *petite tumeur glanduleuse*. (V. J.-L. Petit pour les cas rapportés.) Lorsque de pareilles tumeurs se forment, elles s'adjoignent le tissu cellulaire ambiant, et là est le secret de leur grand développement.

Des tumeurs cystiques, autres que celles du cou, pourraient, sans aucun doute, être rattachées aux hygroma déjà connus. A ce sujet, je me demande si cette énorme tumeur, grosse comme la tête d'un enfant, siégeant au pli du bras, et dont l'observation est rapportée par J. L. Petit, n'était pas une tumeur de la bourse intermédiaire aux tendons des biceps et brachial antérieur? Il ne faut pas, quand on veut remonter à l'origine d'une tumeur, se trop préoccuper de ses caractères extérieurs actuels. Souvent on aurait peine à se figurer ce qu'elle a été, en voyant ce qu'elle est.

Je vais indiquer, en terminant ce paragraphe, le cas d'un hygroma thyro-hyoïdien, que j'ai observé sur le portier de la maison où j'habite. Cette tumeur a eu primitivement son siège entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; insensiblement, obéissant à son propre poids, elle est descendue jusqu'au devant de ce dernier, où elle était quand je l'ai vue.

Elle avait la forme d'un sac et le volume d'un petit œuf de poule. Il y avait près d'un an qu'elle existait, quand elle commença à rougir vers sa base, qui était arrondie. La rougeur augmenta insensiblement; et, un jour, cet homme, redoutant l'ouverture par le bistouri, alla trouver des sœurs de charité, qui lui appliquèrent un caustique par lequel fut déterminée l'ouverture du kyste, d'où sortit une assez grande quantité de pus. Cette ouverture s'est fermée, et il reste, aujourd'hui, au-devant du cou, une cicatrice irrégulière, froncée et rouge.

II. — Causes. Externes ou internes.

1° *Externes*. Celles-ci aboutissent toutes à la contusion, qui est, comme pour les tumeurs hématiques, lente ou instantanée. Camper et Mosnier ont remarqué que la fréquence de l'hygroma du genou, chez le cheval, résulte de ce que cet animal se couche souvent à la manière des

ruminants, de telle sorte que les fers des pieds de derrière viennent contondre le genou des jambes de devant. C'est encore là un exemple de contusion lente; et il faut recourir à la même cause générale, pour expliquer l'hygroma du genou chez les personnes qui, par leur profession, se tiennent souvent sur cette partie.

2° *Causes internes.* Elles impliquent un mouvement métastatique. Ainsi, on a vu une douleur rhumatismale disparaître, et, au même moment, un hygroma se développer (Cloquet). Kock a vu survenir très-rapidement, chez un goutteux, une hydropisie de la bourse pré-rotulienne, qui disparut pour se porter dans l'articulation même, de là, dans la bourse synoviale du poplité, et, enfin, par l'effet d'une dernière migration, dans la bourse pré-tibiale. Cheston a cité un cas analogue. M. Asselin rapporte l'exemple remarquable d'une femme chez laquelle un hygroma du genou alternait avec des vomissements âcres et bilieux. Dès que la tumeur pré-rotulienne disparaissait, cette femme était prise de nausées, et elle n'éprouvait de soulagement qu'après avoir vomi.

III. — *Modes de production de l'hygroma.* — Qu'une contusion médiocre atteigne une bourse sous-cutanée, sans déterminer un épanchement sanguin, la synoviale irritée devient le siège d'une sécrétion plus abondante, qui s'augmente si le malade fatigue la partie. Qu'une contusion ait déterminé un épanchement sanguin, deux choses, relativement à la production de l'hygroma, peuvent arriver: 1° l'absorption de la fibrine et la persistance de la sérosité du sang, d'où une tumeur séreuse; 2° la concrétion de la fibrine, et la résorption de la sérosité du sang; puis le durcissement du caillot fibrineux, l'irritation de la synoviale par lui, et la sécrétion d'une plus ou moins grande quantité de sérosité. Enfin, qu'une inflammation ait existé dans une synoviale sous-cutanée, celle-ci, bien que l'inflammation soit dissipée, peut avoir contracté une disposition sécrétoire, qui produira une tumeur aqueuse, et qui est un caractère de cette *nova indole*, que Rasori attribue aux parties qui ont subi une phlegmasie.

Une question que je me fais ici est la suivante : Ne se peut-il pas que sans violence extérieure, sans lésion préexistante, une poche synoviale, par une sorte de *molimen*, devienne le siège d'un épanchement sanguin *idiopathique*, auquel s'appliquerait tout ce qui a été dit des autres épanchements sanguins ?

L'exsudation sanguine, suite de l'irritation des parois du kyste ; la perversion de la sécrétion, la suppuration, la concrétion du sang *exsudé*, avec ou sans conservation de la matière colorante, expliquent les différents aspects que peuvent présenter les hydropisies des bourses synoviales sous-cutanées.

Les détails qui précèdent me dispensent de consacrer un paragraphe spécial à l'anatomie pathologique des hygromes ; ce qui a été dit du kyste à propos des tumeurs hématiques, est, en grande partie, applicable à ces derniers. Je mentionnerai seulement le cas si remarquable de Camper, dans lequel une tumeur, grosse comme la tête d'un enfant, était formée de tissu aréolaire renfermant un liquide.

IV. — *Symptômes*. — Très-souvent ils se réduisent à la manifestation pure et simple de la tumeur, dont le malade peut même n'être pas gêné. C'est ce que j'ai vu dans deux cas. Quelquefois de véritables symptômes existent ; ce sont : de vives douleurs ; dans un cas de Koch, elles étaient atroces ; de la gêne dans les mouvements ou les fonctions des parties voisines ; ainsi, au cou, la respiration peut être gênée par la compression de la trachée, au point que des secours immédiats soient nécessaires, témoin le cas de Rouska Antonia ; de même, la déglutition peut être gênée par la compression de l'œsophage. Dans les membres, à l'olécrâne par exemple, pour peu que la tumeur soit considérable, la flexion est empêchée, comme l'a observé, dans un cas, M. Vassilière.

V. — *Marche, terminaisons, pronostic*. — *Marche*. Elle varie suivant la cause. Dans l'hygroma de cause interne, la marche est ordinairement

plus rapide que dans celui de cause externe. Ainsi, dans le cas de M. Cloquet, une tumeur grosse comme un œuf ne mit que trente-six heures à se développer. Toutefois, il y a des cas de tumeurs par cause externe dans lesquels le développement se fait aussi très-rapidement. Tel est celui de M. Brodie, qui nous offre une tumeur développée en une semaine, et assez grosse cependant pour contenir une pinte de liquide.— *Terminaisons.* Ici encore il y a une différence à signaler entre l'hygroma de cause interne et celui de cause externe; dans le premier, la tumeur disparaît quelquefois très-promptement, pour reparaître bientôt; dans l'autre, il est extrêmement rare que la tumeur disparaisse, autrement que par une opération. Toutefois je rappellerai la terminaison que j'ai déjà indiquée, celle par rupture du kyste, dont Saviard a rapporté des exemples, et qui peut donner lieu à la guérison spontanée. Je ne dois pas omettre de dire que ces tumeurs peuvent s'ulcérer et même dégénérer.— *Pronostic.* Une remarque, qui s'applique à toutes les tumeurs des bourses synoviales, est, que les opérations qu'elles nécessitent sont dangereuses, quelquefois même mortelles; de là vient la gravité du pronostic, qui varie, d'ailleurs, suivant plusieurs autres circonstances.

VI. — *Traitement.*— Lorsque la tumeur résulte manifestement d'une cause interne, c'est la connaissance de cette cause qui fournit les indications thérapeutiques.

Les moyens indiqués contre l'hygroma peuvent se diviser en moyens topiques et moyens chirurgicaux.

A. *Moyens topiques.* Comme je le disais, d'innombrables résolutifs ont été employés; presque chaque auteur a le sien.

Voici la composition de Gooch : *Aceti acerrimi*, huit onces; *Sal. amon.*, demi-once. B. *Liniment. volat.*, deux onces. M. F. *Solutio.* Il combinait l'emploi de ce topique avec des purgatifs administrés tous les trois ou quatre jours. Il a obtenu ainsi plusieurs guérisons.

On a employé les frictions mercurielles, les bains locaux, savonneux, alcalins, les douches d'eau salée.

Monro se servait du *vinaigre de Brione*, dont il faisait frotter journellement la tumeur, sur laquelle il appliquait ensuite un bandage compressif; c'est par ce mode de traitement qu'il a obtenu la résolution d'une tumeur pré-rotulienne qui datait de trois ans.

Camper employait un emplâtre de savon; Louis, des fumigations de vinaigre dans lequel on faisait dissoudre de la gomme ammoniacque; et Boyer, qui rapporte deux guérisons, la dissolution d'une once d'hydrochlorate d'ammoniacque dans une pinte d'eau.

Diverses préparations iodées ont été aussi mises en usage: ainsi, l'iodure de plomb, l'hydriodate de potasse.

On a employé les frictions sèches, la flanelle chaude, la compression, un morceau de taffetas gommé sur la tumeur.

Des vésicatoires volants appliqués très-larges, et répétés, ont réussi dans des cas assez nombreux.

Le sel ammoniac est un des moyens le plus utilement employés. Voici ce qu'en disait M. Roux dans une de ses dernières leçons à l'Hôtel-Dieu. Dans les moyens que nous employons pour provoquer la résorption de épanchements, la solution concentrée de sel ammoniac est celui qui réussit le mieux. Cet agent thérapeutique a une action favorable, non-seulement contre les épanchements sanguins, mais aussi contre ceux constitués par des liquides autres que le sang, tels que les hygroma, etc.

B. — *Moyens chirurgicaux.* — 1° *Cautérisation.* Elle n'est guère employée; il n'en a pas toujours été de même; témoin ce passage de Monteggia: « Ce mode de traitement est si facile, que des gens du peuple le connaissent et l'emploient avantageusement; pour mieux déterminer les malades, ils choisissent les caustiques les moins actifs, se vantant presque de brûler ces tumeurs sans occasionner de souffrances. Silvestri a donné une composition de caustique doux pour cet usage; et mon ami, le Dr Ch. Strambio, m'a dit avoir employé une composition de chaux vive et de savon, qui agit lentement et occasionne très-peu de douleur. Ce causti-

que a aussi été proposé par Bertrandi et par d'autres, comme pouvant suppléer extemporanément la pierre à cautère. »

« La poche ainsi cautérisée se détache avec la suppuration et laisse une plaie nette, qui se cicatrise à la manière ordinaire. Avant de toucher avec le caustique l'intérieur du kyste, il faut savoir que la paroi interne de la cavité morbide est d'ordinaire tapissée de concrétions épaisses, qui rendraient nulle l'action du médicament, si elles n'étaient enlevées. »

Je noterai, à propos du caustique appliqué, comme vient de le dire Monteggia, à la surface interne du kyste, que, dans un cas où de La Motte s'était comporté de cette manière, son malade essuya de tels accidents, que le chirurgien fit serment de ne jamais plus mettre de sublimé dans le sac morbide.

Il n'est question dans ce qui précède que de la cautérisation propre à déterminer l'ouverture de la tumeur. Une autre cautérisation a été employée, celle avec le fer rouge, pour obtenir la résorption d'épanchements séreux. Il est essentiel, pour que ce moyen puisse être mis en usage, que la tumeur ne soit pas le siège d'une inflammation. Je l'ai vu réussir entre les mains de M. Sédillot. La partie cautérisée doit être enveloppée de flanelles chaudes.

2° — *Ponction*. — Par la ponction, on se propose de vider la tumeur du liquide qu'elle contient. On a pratiqué cette opération tantôt avec la lancette, tantôt avec le trocart. C'est ce dernier instrument qu'employa Camper à l'occasion de cette vaste tumeur aréolaire dont il a été parlé. La ponction expose à la récurrence, et n'est, à proprement parler, que l'équivalent de la cure palliative de l'hydrocèle.

3° — *Injection*. — M. Asselin rapporte un cas de guérison d'hygroma pré-rotulien, par l'emploi d'injections vineuses mêlées d'un cinquième d'alcool. Mais, dans ce cas, ce ne fut point assez de l'injection, il fallut en venir à toucher la surface interne du kyste avec le nitrate de mercure. N'eût-il pas mieux valu enlever la tumeur? Le cas de M. Vassilière semble plus favorable à ce mode de traitement. En effet, il suffit de quelques cuillerées de vin miellé pour amener en quatre jours une guérison complète. Toutefois, et quoique ce moyen ait été conseillé par Boyer, il

expose, comme l'a dit M. Velpeau, à un véritable abcès, et ne prémunit pas sûrement contre la récurrence; pour ces deux raisons, je lui préférerais l'incision, dans les cas où le kyste est simple, et l'ablation dans ceux où il est épaissi. Si l'on se décidait à employer l'injection, je crois, avec M. Asselin, qu'il vaudrait mieux se servir du bistouri que du trocart. On aurait, par le premier de ces instruments, plus de facilité pour extraire les éléments solides de la tumeur. On peut irriter le sac avec une sonde mousse (Brodie).

4° *Incision.* — J'ai dit déjà que je l'emploierais dans les cas simples, dans ceux, c'est-à-dire, où le toucher ne me ferait pas reconnaître cette résistance et ce degré de solidité propres aux tumeurs à parois épaissies. Dans un cas où M. Cloquet mit l'incision en pratique, la guérison eut lieu au bout de quinze jours. Après l'incision, on comprime modérément.

5° *Ablation de la tumeur.* — Pour la pratiquer, on fait sur le kyste une incision cruciale, après quoi on commence à disséquer les lambeaux. Ici une question se présente; faut-il ouvrir la tumeur ou la laisser intacte? Si elle est peu volumineuse, il n'y a aucun inconvénient à l'enlever entière; mais si elle est très-considérable, la dissection à l'état d'intégrité serait difficile et longue. Dans ce dernier cas, je crois donc qu'il faudrait imiter la conduite de M. Bérard, et enlever, en commençant, une partie de la tumeur avec la portion tégumentaire correspondante. Ce qu'il ne faut pas négliger, c'est d'enlever exactement tout le sac. Sur un malade chez lequel ce précepte n'avait pas été suivi, la plaie était encore en pleine suppuration au quatrième mois, et guérit en peu de jours, dès que M. Velpeau eût enlevé le reste du kyste. Il faut laisser assez de peau pour que les lambeaux se recouvrent sans effort. Il importe qu'il n'y ait pas de tension. M. Velpeau préfère, à la réunion par les agglutinatifs, un point de suture réunissant le sommet des lambeaux. Il est inutile, et peut-être dangereux, d'introduire de la charpie dans la cavité qui résulte de l'ablation de la tumeur. Ce n'est pas une opération toujours légère que l'extirpation d'un hygroma : loin de là. Il y a des cas de mort. M. Velpeau en cite deux ; j'en connais un troisième ; et, dans un dernier cas, également à ma connaissance, le malade devint fou, après de nombreux accidents.

Les accidents qui peuvent survenir sont l'angioténite, le phlegmon diffus, la phlébite ; enfin tous les accidents locaux ou de réaction, possibles, après une opération importante.

6° — *Rasement de la tumeur.* — Lorsque les téguments qui recouvrent la tumeur sont altérés au point qu'il serait impossible de les faire servir après l'extirpation, il faut essayer un procédé très-ingénieux d'ablation partielle de la tumeur, dont on enlève seulement la partie antérieure, dans l'espoir que la surface nouvelle et saignante, s'organisera en tégument. Ce procédé est attribué par Sabatier à Chopart ; il a été mis en pratique par M. Mosnier. Monteggia l'appelle *un bel metodo*, et donne un fait qui prouve, au gré du chirurgien italien, qu'en effet la surface saignante de la portion restante de la tumeur peut s'organiser en tégument.

Dans l'hygroma du cou, toutes les fois que la tumeur est restée liquide, c'est l'incision, à l'exclusion de tous autres moyens indiqués, qu'il faut pratiquer, en ayant soin d'introduire ensuite une mèche, destinée à irriter les parois du sac, en vue de l'inflammation adhésive nécessaire. Ici se place une remarque importante et générale sur les incisions dans ces diverses tumeurs : il faut que ces incisions soient assez étendues, sans quoi la matière contenue dans le kyste, n'ayant pas une libre issue, les parois de celui-ci ne peuvent se rapprocher, et la cicatrisation se fait attendre très-long-temps.

J'ai une dernière et intéressante observation à faire sur les hygroma du cou. Mais, à cet égard, je laisserai parler J.-L. Petit, racontant lui-même les suites de l'opération faite à sa femme : « Les premiers jour de l'opération, la malade eut des étouffements qui paraissaient dépendre de ce que l'air entraît avec trop de facilité dans la trachée-artère. Je pensai que, comme les évacuations avaient été promptes et abondantes, les parties voisines de la tumeur avaient été trop brusquement délivrées de la gêne où elles étaient depuis plusieurs années. Dans cette pensée, je crus qu'il fallait les comprimer et les soutenir ; et, pour y faire une compression analogue à celle qu'elles avaient soufferte, je pris une vessie demi-pleine de lait chaud que je plaçai sur le devant de la gorge depuis le menton jusqu'à la clavicule. La malade fut soulagée. »

ARTICLE II.

Inflammation des bourses synoviales sous-cutanées.

I. — *Causes.* Il y a un échange remarquable d'influences réciproques entre les tumeurs qui viennent d'être étudiées, et l'inflammation des bourses sous-cutanées. Souvent, une tumeur, par une cause quelconque, passe à l'inflammation, sur les limites de laquelle elle se trouve toujours, de même qu'une inflammation peut, de diverses manières, aboutir à la formation d'une tumeur. Les causes de l'inflammation des bourses sous-cutanées sont les mêmes que pour l'hygroma. On la voit survenir à la suite de pressions répétées (contusion lente), ou par l'effet d'une contusion instantanée. Les personnes qui portent habituellement des chaussures étroites sont susceptibles d'éprouver une inflammation de la bourse accidentelle du coude-pied. Les plaques cornées qui se forment vis-à-vis la bourse sous-métatarso-phalangienne interne appuyant sur cette synoviale, en déterminent souvent l'inflammation. Un homme qui portait un gros cor au niveau du côté externe de la cinquième articulation métatarso-phalangienne, fait à pied un voyage de neuf lieues; à son retour, il est pris d'une inflammation de la bourse métatarso-phalangienne correspondante, inflammation qui se termine par un abcès. Chez un autre, c'est un cor siégeant sous le talon, qui déterminera une inflammation de la bourse sous-calcanéenne, puis un abcès et un ulcère. Chez une troisième personne l'abcès semble reconnaître pour cause l'extraction d'un cor; et, chez une dernière, c'est un durillon qui détermine sensiblement l'inflammation de la bourse sous-métatarso-phalangienne interne.

D'après M. Brodie, la tumeur qui se forme dans la partie charnue du gros orteil, et qui est une de celles que l'on désigne sous le nom d'oignon, suppure quelquefois, et est formée par l'inflammation de la bourse située en cet endroit. Il ajoute que, parmi ces tumeurs, il en est de si indolentes que rien ne peut les modifier, si ce n'est la chaleur des climats très-

chauds. Enfin, et c'est une observation curieuse, il connaît une famille où cette infirmité est héréditaire.

II. — *Caractères anatomiques.* — 1° *Matière contenue.* C'est tantôt de la sérosité limpide, seulement en plus grande quantité que dans l'état normal; tantôt un liquide lactescent, trouble, où sont suspendues des concrétions fibrineuses; tantôt c'est un véritable pus phlegmoneux. — 2° *Poche séreuse.* Malgré l'inflammation elle peut conserver sa finesse et sa transparence. Dans d'autres cas, elle est tapissée intérieurement de concrétions tomenteuses qui lui forment une couche grisâtre. Quelquefois elle est très-épaissie. « Je l'ai remontrée de l'épaisseur d'un demi-pouce, et contenant centralement de la synovie dans une petite cavité cellulaire. » (Brodie, traduction de Marchand.) Ce dernier caractère se rapporte à la forme chronique. M. Cloquet a vu dans quelques cas les parois de ces bourses épaisses, blanches, fibreuses, et même fibro-cartilagineuses, conditions bien contraires au recollement. C'était à peu près le cas de ce forgeron examiné par M. Lenoir, dans le service de M. Cloquet, et chez lequel les parois du foyer étaient de *consistance cartilagineuse*.

III. — *Symptômes. Terminaisons.* — *Symptômes.* — Les bourses sous-cutanées, enflammées, forment une tumeur plus ou moins saillante, suivant la quantité de liquide qui les distend, et, aussi, suivant la résistance des parties qui les recouvrent. Par exemple, une tumeur formée par la bourse sous-métatarso-phalangienne interne, a nécessairement moins de facilité à se produire au dehors qu'une tumeur rotulienne. La douleur qui accompagne l'inflammation des bourses sous-cutanées est sourde et profonde, ou aiguë. Lorsque l'inflammation est intense, ses caractères s'étendent plus ou moins, aux environs de la bourse affectée. Dans la première observation de M. Lenoir, les parties voisines de la capsule enflammée étaient rouges, tuméfiées et très-douloureuses. — 2° *Terminaisons.* Nous avons vu que le kyste, à la suite d'une inflammation, pouvait ne contenir que de la sérosité : c'est là encore un mode de production de l'hygroma. Dès que l'inflammation franchit certaines limites, elle aboutit à la sup-

puration. Cette terminaison, d'après M. Brodie, est plus fréquente pour la bourse pré-rotulienne, que pour les autres. La fluctuation de l'abcès n'est point, dans tous les sièges, également facile à constater. A la plante du pied, par exemple, il faut une certaine habitude du diagnostic, pour la reconnaître. Une circonstance qui peut aussi rendre l'abcès moins apparent consiste dans l'infiltration inflammatoire du tissu cellulaire voisin. Un observateur superficiel, dit M. Brodie, à propos de l'abcès pré-rotulien, pourrait prendre cette maladie pour une affection de l'articulation. Mais le siège de la tumeur, par rapport à la rotule, surtout la manière dont elle s'est développée, la distinguent suffisamment. Lorsque l'inflammation d'une bourse synoviale se termine par suppuration, le pus peut se porter au dehors; ou bien la bourse se déchire, et celui-ci, s'infiltrant dans le tissu cellulaire voisin, donne lieu à quelque chose d'analogue au phlegmon diffus. Si la tumeur s'est ouverte, et que le malade continue à marcher, il peut se former, comme l'a observé M. Cloquet, un ulcère sordide, très-douloureux, à bords coupés à pic, et autour desquels règne un large décollement.

Traitement.—1° *Traitement de l'inflammation.* Des applications de sangsues et des lotions froides d'abord; des vésicatoires ou des liniments stimulants ensuite, tel est le traitement que propose M. Brodie. Dans le cas où une inflammation de la bourse accidentelle du coude-pied, a été déterminée par l'étroitesse de la chaussure, il suffirait, dit M. Ollivier, de porter, mais sans bas ni chaussettes, les mêmes bottes qui ont blessé. Ce moyen rentre dans la compression appliquée au traitement de l'inflammation. Quand une bourse considérable est enflammée, il faut craindre, pour le genou, par exemple, la propagation du mal à l'article, et ne rien négliger, ni déplétions sanguines locales, ni émollients, pour prévenir une aussi fâcheuse propagation. — 2° *Traitement de l'abcès, et de l'ulcère qui peut en résulter.* L'abcès doit être ouvert largement, afin que le pus ne séjourne pas dans le foyer. M. Brodie fait une exception pour le cas où la suppuration occuperait une poche considérable, la dorso-scapulaire, par exemple. Mais, comme le remarque justement M. Ollivier, on ne voit pas pourquoi la ponction serait préférée ici à l'incision. On doit, l'ouverture de

la tumeur ayant été faite, mettre la partie de telle sorte que le pus trouve une issue facile. Dans un cas de M. Cloquet, où l'abcès se trouvait au côté externe du pied, la marche vers la guérison fut bien plus rapide dès que l'on pensa à maintenir le pied incliné sur son bord externe. On doit, pour le rapprochement des parois du foyer, savoir employer une compression méthodique. Enfin, quand, à la suite d'un abcès, il s'est formé un ulcère à bords calleux, il faut en exciser le contour. On irriterait, par divers moyens, les parois du foyer, s'il se montrait peu porté à l'adhésion.

CHAPITRE II.

Maladies des bourses synoviales tendineuses.

Dans un travail aussi divisé que celui-ci, quelque partie devait être sacrifiée. Ce chapitre souffrira des développements donnés à l'autre.

Les maladies des bourses tendineuses sont, comme celles des bourses sous-cutanées, des *plaies*, des *tumeurs*, des *inflammations*. Les tumeurs se divisent aussi en *hématiques* et *séreuses*; mais ce qui a déjà été dit des tumeurs hématiques, s'applique aux mêmes tumeurs des bourses tendineuses. D'un autre côté, je ne puis m'arrêter aux plaies, ni à l'inflammation; à leur sujet, il faut que je me borne à dire, qu'en raison de la proximité des articles et de la continuité de certaines gânes tendineuses avec les synoviales articulaires, ces plaies et cette inflammation sont particulièrement redoutables. Je ne suivrai donc pas dans ce chapitre, pour les raisons que je viens de dire, la division indiquée. Il est une variété inflammatoire, qui se traduit par un symptôme remarquable. Je traiterai de cette variété dans un premier article; dans le second, je parlerai du ganglion, hydropisie des gânes tendineuses, dont l'histoire terminera ce travail.

ARTICLE PREMIER.

De la crépitation douloureuse des gânes des tendons.

C'est la dénomination qui a été donnée par M. Velpeau à une maladie

particulière, dans laquelle la crépitation est, en effet, le signe essentiel; dénomination qui a l'inconvénient d'être longue, et, à propos de laquelle, M. Velpeau se demande si on ne pourrait pas la remplacer par celle de Lai, qu'emploient certains paysans. Mais ce nom est si peu scientifique, que m'écartant de ce que j'ai dit au commencement de cette thèse, sur l'importance des dénominations nouvelles, je proposerai sans restriction le nom de ténosynite crépitante.

Il est remarquable que les auteurs anciens, même J.-L. Petit, observateur si perspicace, n'aient point fait mention de cette maladie, sur laquelle Boyer a, le premier, appelé l'attention dans le passage suivant: « Les personnes qui exercent leurs mains à des travaux pénibles et fatigants, sont sujettes à une affection singulière du tissu cellulaire qui environne les muscles long abducteur et court extenseur du pouce, dans laquelle ces muscles, devenus un peu plus saillants, font entendre lorsqu'on les comprime, un bruit particulier que l'on pourrait confondre avec la crépitation, et que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui que produit l'amidon quand on le presse entre les doigts. Cette sensation est si différente de la véritable crépitation causée par les fragments d'une fracture, qu'elle ne peut en imposer à un chirurgien exercé. » C'est tout ce que l'on savait sur cette affection, lorsque, en 1818, M. Velpeau l'observa à Tours, sur un jeune menuisier. En 1825, ce professeur en parlait de la manière suivante, dans son Anatomie des régions: « On voit se manifester, à la suite d'un effort ou même sans cause connue, un gonflement qui ne devient jamais très-considérable dans le trajet des muscles indiqués (long abducteur et court extenseur du pouce); ce gonflement augmente, s'accompagne de chaleur et de douleur qui ne sont pas ordinairement bien vives, à moins que le malade ne cherche à remuer le pouce. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que si l'on embrasse la partie gonflée avec une main, et qu'avec l'autre on fasse mouvoir le pouce, on sent et on entend une crépitation bien évidente; tellement que nous avons vu un chirurgien prononcer qu'il y avait fracture, et appliquer un bandage dans un cas semblable. » M. Rognetta, en 1834; en 1835, M. Gaube, tous deux dans la *Gazette médicale*, et M. Maingault, à

l'Académie de Médecine, ont présenté quelques observations sur cette maladie. M. Poulain, dans un travail inséré également dans la *Gazette médicale*, en 1835, a fait sur ce sujet une sorte de monographie, où sont résumés les travaux antérieurs et où se trouvent de nouvelles et intéressantes remarques.

I. — *Sièges divers.* On observe la ténosynite crépitante à la partie inférieure de l'avant-bras, au poignet, à la partie inférieure de la jambe, où j'ai eu moi-même l'occasion de l'observer sur un aide-major du Val-de-Grâce, le siège plus précis de la crépitation étant le tendon du jambier antérieur; enfin, il y a un cas de ténosynite bicipitale, rapporté par M. Poulain, et deux de ténosynite digitale. Je remarquerai ici qu'il existe au passage du tendon du grand fessier sur le grand trochanter, un craquement sourd, normal, que l'on sent très-bien avec la main, dans la marche, et qu'il ne faudrait pas croire pathologique, comme cela m'est arrivé quand je le constatai sur moi, pour la première fois.

II. — *Causes.* Dans une de ses leçons à la Pitié, en 1834, M. Velpeau insista sur les diverses professions qui favorisent le développement de la ténosynite crépitante. Ce sont les professions de buandière, de blanchisseuse, de forgeron, de serrurier, de menuisier, de plâtrier, de charron, enfin, toutes celles dans lesquelles on est obligé à de fréquents mouvements de flexion ou de pronation du poignet ou des doigts. Les faiseurs de mottes, dit M. Poulain, sont bien certainement ceux qui en sont le plus souvent affectés. M. Gaube a expliqué comment la ténosynite crépitante est fréquente, à la campagne, au temps des moissons. Sans aucun doute, les personnes qui s'exercent à l'escrime y doivent être exposées. On sait combien on souffre de la partie inférieure de l'avant-bras et du poignet, quand on se livre à cet exercice, surtout dans les premiers temps. Au pied, la maladie se rapporte naturellement à l'habitude des marches forcées, et se remarque spécialement parmi les chasseurs, les militaires les voyageurs, etc. Un forgeron, dont le lourd marteau frappe à faux sur l'enclume, éprouve aussitôt une vive douleur au poignet, où la crépitation

ne tarde pas à se faire sentir. Dans le cas suivant, la cause est entièrement occasionnelle : Deux hommes veulent essayer la force de leur poignet, et l'un des deux éprouve, au poignet, une soudaine douleur, suivie bientôt de crépitation.

III. — *Symptômes.* Il y a de la douleur, et quelquefois de la chaleur. La douleur, quand la cause est soudaine, existe au début ; puis elle diminue, au point de ne plus se faire sentir que dans les mouvements, et par la pression. Quelquefois, le long de la gaine crépitante, on constate une rougeur légère. La crépitation qui a parfois de la ressemblance avec celle de la première période de la pneumonie, s'obtient en imprimant à la partie quelques mouvements, en sens divers, et a été comparée soit au bruit que l'on obtient en écrasant de l'amidon, soit à celui que l'on obtient en marchant sur de la neige, soit, encore, à celui que rendrait un paquet de poireaux que l'on presserait les uns contre les autres en les faisant changer de rapport.

IV. — *Diagnostic différentiel.* La ténosynite crépitante, malgré l'avis de Boyer, peut quelquefois faire croire à une fracture. Dans un cas de ténosynite crépitante bicipitale, M. Lisfranc dit aux personnes qui le suivaient dans sa visite, qu'il ne pouvait affirmer qu'il y eût fracture, mais qu'il ne pouvait pas affirmer qu'il n'y en eût pas. Ce cas remarquable est rapporté dans le travail monographique de M. Poulain, qui indique en même temps, à l'aide de quels mouvements, très-rationnellement combinés, il parvint à déterminer la crépitation, que d'autres élèves ne pouvaient percevoir. Il n'est guère possible que la ténosynite crépitante soit confondue avec une luxation ; disons même que, grâce aux vives lumières jetées, dans ces derniers temps, sur la question des luxations, principalement par M. Sedillot, cette méprise est impossible. La méprise la plus fréquente est celle dans laquelle on confond la ténosynite crépitante de la partie inférieure de l'avant bras avec une fracture de cette partie. Telle avait été l'erreur sur le jeune menuisier de Tours, lequel avait porté pendant plusieurs jours un appareil à fracture. La

méprise est très-facile à l'égard de l'entorse, attendu que les causes, et souvent le siège, sont les mêmes dans les deux affections. Il n'y aurait, du reste, aucun inconvénient à les confondre. Pour ce qui touche les fractures, il faut ajouter que rarement la crépitation ténosynique est assez déterminée pour imiter parfaitement la crépitation osseuse, et que, avec un peu d'attention, dans le plus grand nombre des cas, on évitera l'erreur.

V. — *Nature de la maladie.* On a vu, par le passage emprunté à Boyer, que ce praticien célèbre attribuait la crépitation au tissu cellulaire voisin du tendon. C'est dans la bourse synoviale qu'elle a lieu. Ceci est positif. Mais que se passe-t-il dans la gaine pour la produire ?

Voici une explication qui me paraît assez satisfaisante : la synoviale, irritée par la violence extérieure, sécrète une petite quantité de sérosité, qui se concrète bientôt ; alors, quand le tendon vient à glisser dans sa coulisse, il rencontre, au lieu d'une surface douce et polie, une surface dure, rugueuse, sur laquelle il crie. La ténosynite crépitante serait donc anatomiquement une ténosynite pseudo-membraneuse. Elle se termine par la résolution ou le passage à l'état chronique, et la persistance indéfinie dans cet état. M. Velpeau a rapporté, dans ses leçons, l'observation de deux femmes traitées dans son service, en 1831 et 32, pour une dégénérescence fongueuse du devant des phalanges, suite de cette maladie.

Traitement — Souvent la ténosynite crépitante disparaît sans aucun secours chirurgical, et même sans que les personnes atteintes s'astreignent au repos. Les anti-phlogistiques ont été employés sans grand résultat. Le meilleur moyen curatif paraît être la compression, jointe à l'emploi de quelque résolutif, et secondée par le repos.

ARTICLE II.

Du ganglion.

Voici la définition que je trouve dans le Nouveau Dictionnaire de médecine : « On donne ce nom , en chirurgie , à des tumeurs enkystées , qui se développent sur le trajet des tendons et des aponévroses , et au voisinage des articulations. » Cette définition est incomplète ; elle ne distingue pas le véritable ganglion de cette tumeur fibro-celluleuse qui porte , en naissant , le germe de la dégénérescence cancéreuse et dont Dupuytren a fait connaître la nature... Le ganglion est l'hydropisie des bourses tendineuses , comme l'hygroma est l'hydropisie des bourses sous-cutanées. Ces deux maladies n'en font qu'une , à part le siège et à part aussi le volume ; en effet , dans le ganglion , rarement la distension est portée au-delà de la grosseur d'un œuf de poule , tandis que l'hygroma prend un développement en quelque sorte indéfini.

On observe le ganglion au dos de la main , à la face postérieure de la région carpienne , sous le ligament annulaire antérieur du carpe , à la face dorsale du pied , etc. Samuel Cooper rapporte le cas d'une de ces tumeurs qui fut prise d'abord pour un anévrisme de l'artère radicale , et qui correspondait à la partie inférieure de ce vaisseau.

Les ganglions different entre eux , sous le rapport de la matière qu'ils contiennent. Ainsi dans les uns , c'est un liquide séreux , de couleur et de consistance variables ; dans d'autres , c'est encore un liquide ; mais il y a , de plus , une foule de petits corps , quelquefois en nombre extrêmement considérable.

Ces tumeurs avec production de corps étrangers appartiennent essentiellement à la bourse carpienne antérieure. Elles peuvent se présenter ailleurs ; mais dans les quatre cinquièmes des cas , leur siège est celui que je viens d'indiquer. Là , elles ont été étudiées séparément par Dupuytren sous le nom de kystes hydatiformes ; et par Boyer , sous celui de tumeur enkystée du poignet.

Les nouveaux produits dont il vient d'être parlé sont de forme variable, ordinairement lisses, réguliers, arrondis, assez comparables à des grains de riz, d'autres fois à des fèves de haricot; ils peuvent avoir, comme dans l'observation d'Albinus, plus d'un demi-pouce de long. Nous connaissons déjà l'opinion de M. Velpeau sur leur génération. M. Cruveilhier fait intervenir, pour en expliquer l'origine, la sécrétion de la membrane. Ces deux opinions ne s'excluent pas. Quant à leur division en un si grand nombre, elle me semble expliquée par les conditions anatomiques. En effet, supposons une certaine quantité de lymphie coagulable, comme l'appelle M. Brodie, épanchée dans la gaine carpienne antérieure; que de raisons n'y aura-t-il pas, pour qu'elle soit fragmentée et réduite, pour ainsi dire, en mille pièces, au milieu de ce nombre considérable de tendons qui la poussent dans tous les sens!

Les causes du ganglion sont les mêmes que celles de l'hygroma. Au nombre des symptômes se trouve, quelquefois, une douleur vive, résultant d'un travail phlegmasique; et, dans d'autres cas, à la région carpienne antérieure, par exemple, une douleur sourde, profonde, continue, déterminée, dans ce cas, par la compression du nerf médian. Le bruissement, quand la tumeur contient des corps *ovuligères* (Raspail) ou cartilaginiformes, peut être perçu par la main portée obliquement sur elle, ou par le stéthoscope. Ce bruissement, entendu un jour, peut disparaître par l'exhalation d'une quantité nouvelle de sérosité, au milieu de laquelle les corps étrangers se dérobent. Mais que cette sérosité soit résorbée, alors le bruit de *frolement* revient, et l'on a un véritable *runchus crepitans redux*. Lorsque le ganglion siège dans la bourse carpienne antérieure, il présente, pour peu qu'il ait de développement, la forme bilobée: c'est alors une tumeur en bissac.

La pression sur une des portions fait refluer le liquide dans l'autre. Quelquefois des artères sont soulevées par ces sortes de tumeurs. Les mouvements des muscles en sont gênés; Samuel Cooper nous apprend que, dans deux cas de tumeur carpienne, les fléchisseurs, soulevés, maintenaient les doigts permanemment fléchis, sans qu'il fût possible aux malades de les étendre. Il peut même arriver, toujours dans le cas de tumeur antérieure

du carpe, que les petits os carpiens éprouvent des déplacements plus ou moins apparents.

Divers moyens ont été employés contre le ganglion. On a conseillé au malade de le presser chaque jour avec son pouce sur la tumeur. On a fait la compression avec des plaques de plomb; c'est un moyen qui semble devoir être assez efficace, combiné avec les frictions stimulantes. En Angleterre on emploie beaucoup l'huile d'origan, mais suivant S. Cooper, lorsqu'on en cesse l'application, on voit la tumeur reparaitre. On a aussi fait usage du séton : dans un cas, il fut suivi de dégénérescence cancéreuse, et suivant S. Cooper, il existerait plusieurs faits semblables. On a souvent pratiqué l'écrasement de la tumeur. Ce moyen a quelque chose de violent qui répugne; cependant, il réussit; après la rupture de la tumeur il faut avoir soin de la comprimer, afin que ses parois se recollent.

Un moyen auquel on ne doit recourir que le plus rarement possible, est l'extirpation de la tumeur. Souvent, de formidables accidents, et quelquefois la mort, sont la suite de cette opération. Quand on a été obligé de la pratiquer, il faut avoir recours à l'irrigation (Bérard. Josse d'Amiens). On peut se borner à inciser la tumeur, dont on enlève la paroi antérieure. Enfin, dans un cas de tumeur carpienne postérieure, j'ai vu réussir la potasse caustique. Après l'extirpation ou l'incision de ces sortes de tumeurs on a à craindre la perte des mouvements. Il ne faut pas croire, toutefois, que ceux-ci soient nécessairement perdus : deux faits de Warner nous prouvent, au contraire, qu'impossibles avant l'opération, ils furent restitués par elle.

FIN.