

Série 1

FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

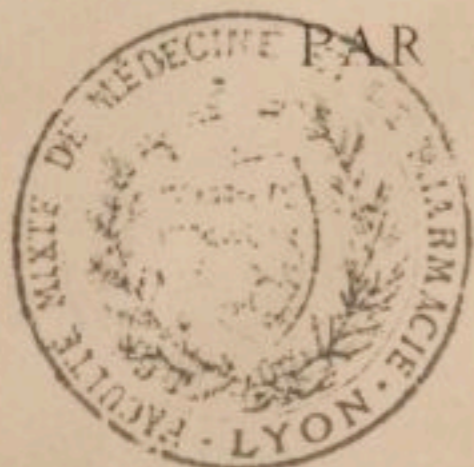
N° 55

DU TRAITEMENT

DE

# L'HYGROMA PRÉROTULIEN

PAR LE DRAINAGE CAPILLAIRE



## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Jeudi 5 Août 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

FRÉDÉRIC COGNARD

Né à Lyon, le 21 Janvier 1855

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LA MÊME VILLE (1875)

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*Λεγε πρακτικως και πρακτε λογικως.*  
GALIEN.



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C<sup>ie</sup>

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Août 1880

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET . . . . . DOYEN  
 CHAUVEAU . . . . . ASSESSEURS  
 OLLIER . . . . .

## PROFESSEURS TITULAIRES ET CHARGÉS DES COURS

Anatomie . . . . . Physiologie . . . . . Anatomie générale et Histologie . . . . . Anatomie Pathologique . . . . . Médecine expérimentale et Comparée . . . . . Chimie Médicale et Pharmaceutique . . . . . Physique Médicale . . . . . Zoologie et Anatomie comparée . . . . . Pharmacie . . . . . Pathologie interne . . . . . Pathologie externe . . . . . Pathologie et Thérapeutique générale . . . . . Hygiène . . . . . Thérapeutique . . . . . Matière Médicale et Botanique . . . . . Médecine Légale et Toxicologie . . . . . Médecine Opératoire . . . . . Cliniques Médicales . . . . . Cliniques Chirurgicales . . . . . Clinique Obstétricale et Accouchements . . . . . Clinique Ophtalmologique . . . . . Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques . . . . . Clinique des Maladies Mentales . . . . . Médecine légale . . . . . Chimie organique et toxicologie . . . . .	MM. PAULET . . . . . Professeur. PICARD . . . . . Professeur. RENAUT . . . . . Professeur. PIERRET . . . . . Professeur. CHAUVEAU . . . . . Professeur. GLÉNARD . . . . . Professeur. MONOYER . . . . . Professeur. LORTET . . . . . Professeur. CROLAS . . . . . Professeur. BONDET . . . . . Professeur. BERNE . . . . . Professeur. LÉTIÉVANT . . . . . Professeur adjoint. MAYET . . . . . Professeur. ROLLET . . . . . Professeur. SOULIER . . . . . Professeur. CAUVET . . . . . Professeur. M. X. . . . . Professeur. TRIPIER (Léon) . . . . . Professeur. TEISSIER . . . . . Professeur. LÉPINE . . . . . Professeur. RAMBAUD . . . . . Professeur adjoint. DESGRANGES . . . . . Professeur. OLLIER . . . . . Professeur. BOUCHACOURT . . . . . Professeur. DELORE . . . . . Professeur adjoint. GAYET . . . . . Professeur. GAILLETON . . . . . Professeur. ARTHAUD . . . . . Professeur. LACASSAGNE . . . . . Professeur. CAZENEUVE . . . . . Chargé du cours.
--	---

### COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes . . . . .	MM. LAROYENNE . . . . .	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants . . . . .	PERROUD . . . . .	Chargé du cours.

### COURS ANNEXES

Pathologie interne . . . . .	MM. TRIPPIER (R.) . . . . .	Chargé du cours.
Clinique des Maladies Chirurgicales des Enfants . . . . .	FOCHIER . . . . .	Chargé du cours.
Maladies Cutanées et Syphilitiques . . . . .	DRON . . . . .	Chargé du cours.

### AGRÉGÉS

MM. CAZENEUVE LAURE PONCET	MM. TEISSIER VINCENT
----------------------------------	-------------------------

### CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

MM. AUBERT BERGEON CARRIER CHARPY CLÉMENT	MM. COLRAT DRON FOCHIER MAGNIN	MM. MARDUEL MOLLIÈRE MEYNET (P.) TRIPPIER (R)
---	---	--

*M. LÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, président; M. GAILLETON, professeur; M. MARDUEL, M. VINCENT, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR COGNARD

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNE

A MONSIEUR MOLLIÈRE

CHIRURGIEN EN CHEF DÉSIGNÉ DE L'HÔTEL-DIEU

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

ET A LA FACULTÉ

MM. OLLIER, RAMBAUD, L. TRIPIER, HORAND  
MARDUEL, LETIÉVANT

MEIS ET AMICIS



## AVANT-PROPOS

---

L'introduction, dans la pratique, des pansements antiseptiques réduit de jour en jour le nombre de ces organes, que les chirurgiens étaient habitués à considérer avec une sorte de terreur, et contre les affections desquels ils étaient à peu près complètement désarmés ; les faits étaient là d'ailleurs pour justifier leur réserve et leur prudente abstention.

Les séreuses sont assurément l'un des tissus auxquels ils redoutaient le plus de s'attaquer, et jusqu'à ces dernières années, une plaie pénétrante d'une cavité articulaire était regardée comme devant fatalement entraîner des acci-

dents de la plus haute gravité. Tous les classiques sont d'accord sur ce point.

« Lorsqu'une membrane séreuse, mise accidentellement à découvert, est exposée au contact de l'air, elle s'enflamme toujours et cette inflammation est fort dangereuse; voilà pourquoi les plaies qui pénètrent dans les cavités splanchniques sont si souvent mortelles; voilà pourquoi une plaie légère qui a ouvert une articulation cause des accidents si terribles. (1) » Mais, depuis qu'on s'est astreint à mettre en pratique les enseignements de Lister, les chirurgiens se sont enhardis, et, sans parler de ces cas de fractures compliquées pour lesquelles l'amputation eût été jadis une indication formelle, ne pouvons-nous pas chaque jour observer, dans les hôpitaux, des plaies intéressant largement une grande articulation, le genou ou le coude par exemple, se comporter comme des plaies simples, n'entraîner à leur suite aucune réaction, et marcher sans entrave à une cicatrisation relativement rapide.

En présence de faits aussi probants, il n'y avait guère à hésiter: aussi dès aujourd'hui peut-on, au point de vue de la gravité de leurs lésions, ranger les synoviales, et les séreuses en

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1819, article *Membranes séreuses*.

général, à côté de la grande majorité des tissus de l'économie.

Ce que nous venons de dire des synoviales articulaires s'applique également aux simples bourses séreuses, qui, pour me servir de l'expression élégante de M. Raugé, ne sont que les *sœurs cadettes* des premières, et dont les lésions jouissaient autrefois d'une réputation de gravité exceptionnelle.

Aussi n'est-il pas étonnant que presque tous les auteurs aient été unanimes à rejeter les méthodes de traitement qui avaient pour effet de mettre ces membranes si *impressionables* au contact de l'air.

Aujourd'hui, il en va tout autrement. Le pansement antiseptique a changé la face des choses, et, de même que nous avons vu, grâce à lui, les plaies articulaires offrir une bénignité remarquable, de même on peut s'assurer (et nous pensons le démontrer ultérieurement), que le contact de l'air n'a plus sur les bourses séreuses mises à nu, l'action nocive qu'il exerçait autrefois.

Aussi bien, les objections que l'on a généralement faites, et à juste titre, jusqu'à ces dernières années, à la méthode de l'incision ou du drainage dans le traitement de l'hygroma, ne sauraient-elles subsister plus longtemps; c'est pour essayer de réhabiliter ces opérations, de

leur rendre dans le domaine de la chirurgie le rang dont elles avaient été bannies, que nous avons entrepris ce travail.

Il y a trois ans encore, M. le docteur Mollière, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, employait contre l'hygroma prérotulien la cautérisation à l'aide du thermo-cautère de Paque-  
lin, et notre ami, le docteur Raugé, publiait dans sa thèse (1) une statistique on ne peut plus favorable à ce mode de traitement. A ce moment-là, le pansement *listérien* n'était pas mis en usage dans toute sa rigueur, et le chirurgien devait, de toute nécessité, après avoir incisé le kyste, en modifier la paroi pour obturer les orifices béants tout prêts à absorber les produits septiques provenant de la stagnation du pus.

La cautérisation au fer rouge ordinaire avait fait ses preuves, et depuis longtemps, à Lyon du moins, on l'employait à l'exclusion de tous les autres procédés.

M. Raugé proposa de lui substituer le thermo-cautère, auquel il reconnaît une supériorité incontestable à tous égards.

Nous ne voulons pas analyser l'excellent travail du docteur Raugé: c'est là un sujet qui nous entraînerait trop loin. Nous nous conten-

(1) *Du traitement de l'Hygroma prérotulien*, RAUGÉ, Thèse de Paris, 1877.

terons de dire que les conclusions de l'auteur étaient parfaitement logiques, et que les considérations de divers ordres qu'il présentait à l'appui de sa thèse devaient faire adopter d'une façon définitive la cautérisation au thermo-cautère comme le mode de traitement le plus rationnel, le plus élégant, le moins dangereux surtout, de l'hygroma prérotulien. Nous ne savons d'ailleurs si la méthode a été employée en dehors de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et nous ne pouvons indiquer que les résultats obtenus par M. Mollière. Outre les observations publiées dans la thèse de M. Raugé, ce chirurgien nous a dit avoir depuis employé la cautérisation au thermo-cautère un certain nombre de fois, et toujours avec le même succès. Quelqu'encourageants que fussent les résultats, M. Mollière, qui avait eu l'occasion d'observer, à King's College's Hôpital, les services rendus chaque jour par le drainage capillaire au moyen des crins de cheval, entre les mains du professeur Lister, tenta de remettre en honneur l'emploi du séton proposé jadis par Monro, B. Bell, Chassaignac, dans le traitement de l'hygroma. Ses premiers essais furent couronnés de succès, et depuis trois années qu'il a abandonné la cautérisation pour le drainage, la supériorité de cette pratique ne s'est pas démentie une seule fois.

C'est là ce qui nous a décidé à publier les

faits observés dans son service à l'Hôtel-Dieu. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements pour l'obligeance parfaite avec laquelle il nous a constamment prodigué ses conseils et les lumières de son expérience, tant à l'occasion de ce travail que pendant le cours de notre internat. Nous remercions également M. Grandclément, qui a bien voulu nous communiquer une observation toute personnelle du plus haut intérêt.

---

Nous devons tout d'abord indiquer la marche que nous suivrons dans ce travail. Loin de nous la pensée de nous appesantir sur le mode d'action du drainage à l'aide des crins de cheval; notre ami, le docteur M. Roë a fait à ce sujet une étude trop approfondie pour que nous puissions rien ajouter à la question. Ses expériences, d'ailleurs conduites avec toute la rigueur désirable, nous semblent absolument concluantes, et nous nous contenterons de faire à son travail quelques emprunts chemin faisant. (1)

(1) Il est vrai que des objections se sont élevées lorsque M. Roe a affirmé que l'écoulement des liquides avait lieu, grâce au drainage capillaire, sans qu'il y eût introduction de l'air dans la poche kystique. Et, comme preuve à l'appui, on faisait l'expérience suivante : prenant une carafe remplie d'eau, dans le col de laquelle on introduisait un faisceau de crins, on a montré que le liquide ne pouvait s'écouler, si l'air ne pénétrait au fur et à mesure. — Il nous semble au moins étrange que l'on ait songé à assimiler un vase à parois rigides à une poche kystique, poche éminemment élastique, revenant d'ordinaire sans peine sur elle-même, dès que l'on a donné issue au contenu. Nous adoptons donc entièrement les conclusions de M. Roë, nous réservant d'ailleurs de montrer que si, dans certains cas, l'introduction de l'air dans la poche est indispensable, on ne doit pas voir là une contre-indication à l'emploi de la méthode que nous proposons.

Nous n'avons pas davantage l'intention d'étudier l'hygroma prérotulien au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic. Mais, comme le mode d'action du drainage varie suivant la variété d'hygroma à laquelle on a affaire, nous croyons utile d'esquisser à grands traits le tableau anatomo-pathologique de l'affection.

Alors seulement nous entrerons réellement dans le sujet, et nous étudierons les divers modes de traitement qui ont été proposés jusqu'à ce jour, insistant plus particulièrement sur certains procédés qui nous semblent devoir être, une fois pour toutes, rejetés; nous indiquerons les raisons pour lesquelles nous adoptons de préférence le drainage capillaire, nous décrirons brièvement le manuel opératoire, et nous verrons enfin si notre méthode est applicable à tous les cas ou si, au contraire, il n'est pas des conditions qui en rendent l'emploi insuffisant.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Presque tous les auteurs sont d'accord pour décrire au-devant de la rotule trois bourses séreuses: l'une superficielle ou sous-cutanée; une moyenne, entre l'aponévrose et les expansions du tendon extenseur; la dernière enfin, entre celles-ci et le périoste de la rotule.

M. Tillaux (1) n'admet qu'une bourse prérotulienne, située entre l'aponévrose d'enveloppe du ge-

(1) *Anatomie topographique*, page 1102.



nou et reposant directement sur la rotule recouverte elle-même de son périoste.

Nous ne saurions nous prononcer en faveur de l'une ou l'autre de ces manières de voir, n'ayant pas fait de recherches spéciales à ce sujet; mais qu'il y ait, en réalité, une ou plusieurs cavités séreuses au-devant de la rotule, peu importe, car, lorsqu'on examine un malade atteint d'hygroma du genou, il est bien difficile de déterminer le siège exact de l'épanchement, d'ailleurs la conduite à tenir ne varie pas.

Ce qu'il faut savoir, c'est que cette bourse représente une cavité irrégulièrement cloisonnée et divisée en deux ou plusieurs loges, distinctes ou communiquant plus ou moins largement entre elles, dont les parois sont constituées par du tissu conjonctif condensé, comme tassé, et mélangé de fibres élastiques.

Dans ces cavités, est une très petite quantité de lymphe qui n'offre rien de spécial à signaler.

Au genou, comme dans tous les points soumis à des pressions, des coups ou des frottements réitérés, on peut observer un développement exagéré de cette séreuse. C'est ce que l'on constate chez les personnes qui, par profession, reposent fréquemment sur les genoux, chez les religieux, les cirEURS de parquet. En Angleterre, on désigne cette disposition sous le nom de *house maid disease*.

Ainsi que l'a montré Virchow, la séreuse s'agrandit par le fait des tiraillements et de la déchirure des faisceaux conjonctifs qui la cloisonnent. Au fur et à mesure de la dilatation de la cavité, le liquide s'accumule en plus grande quantité, si bien que finalement,

au lieu d'une simple bourse de glissement, on peut observer une tumeur dont le volume varie de la grosseur d'une noisette, d'une noix, à celle d'un œuf de poule, ou même d'une orange. Cette tumeur est celle que l'on a décrite sous le nom d'hygroma. Le contenu est ordinairement citrin, limpide, analogue à de la sérosité. C'est là le cas le plus ordinaire et le plus simple. Il suffit, pour se rendre compte de la présence du liquide séreux dans la poche, de considérer que la séreuse irritée sécrète plus abondamment, tandis que le liquide exhalé est résorbé plus lentement (1).

Mais, de même que l'on voit dans les autres séreuses un épanchement, d'abord citrin, changer peu à peu de caractères; de même, par exemple, que l'hydrocèle vaginale peut se transformer en hématoçèle sous l'influence d'une inflammation chronique, avec production de fausses membranes et déchirure des vaisseaux, ainsi que l'ont montré les recherches du professeur Gosselin (2), de même le contenu de la bourse prérotulienne, anormalement développée, peut offrir des caractères divers, suivant l'époque à laquelle on est appelé à l'examiner, suivant aussi les

(1) Et cette diminution du pouvoir d'absorption au niveau des séreuses enflammées a été parfaitement démontrée par les expériences de Reindfleish, reprises tout récemment par M. Poncet (de Lyon). Ces auteurs sont arrivés au même résultat, et ont vu que, si l'on injecte un liquide dans une séreuse saine, il est très rapidement résorbé; qu'il persiste, au contraire, un temps plus ou moins long dans une séreuse enflammée.

(2) GOSSELIN. *De l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématoçèle* (*Archives générales de Méd.* 1851).

conditions qui ont présidé au développement de l'hygroma.

Ce contenu peut consister en un liquide rougeâtre ou brun. C'est qu'alors une certaine quantité de sang s'est mélangée à la sérosité. — Que l'on suppose un hygroma séreux atteint par un traumatisme, il n'est pas difficile de concevoir que les vaisseaux nouvellement formés à la surface de la poche donneront une quantité de sang d'autant plus grande, qu'ils sont plus abondants et plus friables. Le mécanisme qui préside à la production de ces hémorrhagies ne diffère en rien de celui qui est admis, pour la formation de l'hydro-hématocèle, par tous les auteurs, pour l'hématocèle péri-utérine par Crédé, Drapier, Besnier, Ferber, Virchow, etc.

Il s'agit là d'une simple déchirure de ces vaisseaux à paroi extrêmement tenue, que l'on retrouve sur toutes les néo-membranes. Nous n'insisterons pas autrement sur ce point. Ce ne sont pas les seuls changements qui puissent survenir dans le contenu de l'hygroma : il offre parfois une viscosité spéciale, tout en conservant sa transparence, ce qui lui donne l'aspect de la gélatine.

Il peut contenir des caillots plus ou moins décolorés, des grumeaux blanchâtres de fibrine concrète. La forme, les dimensions et la consistance de ces corps étrangers varient peu et sont les mêmes que pour les corpuscules des kystes dits à grains riziformes.

Toutefois, on en a vu qui avaient une dureté pierreuse due à l'incrustation de sels calcaires.

Ailleurs, enfin, c'est du pus que l'on rencontre dans la tumeur, pus généralement mélangé de liquide hématique, tenant en suspension des fausses membranes ou des caillots altérés, et n'ayant que rarement un aspect franchement phlegmoneux.

Lorsque la tumeur est de date ancienne, le pus se transforme et l'on ne trouve plus, à un moment donné, qu'un magma solide, analogue, pour la couleur et la consistance, au mastic. (KOEBERLÉ — *Dict. de méd. et de chirurg. pratique*, tome v.)

Simultanément, se produisent des modifications dans la structure des parois, qui tantôt lisses, minces et unies, offrent parfois, au contraire, une épaisseur et une consistance considérables. Ledran et Brodie citent un exemple d'une poche dont l'épaisseur ne mesurait pas moins de 12 millimètres. A la face interne de la séreuse se trouve alors une couche pseudo-membraneuse, sorte de membrane pyogénique.

Notons enfin que dans certains cas rares, la paroi est incrustée de matière calcaire et forme au devant du genou une plaque dure plus ou moins large.

Toutes ces variétés d'une même affection ont été désignées sous le nom générique d'hygroma prérotulien. Seulement, les auteurs ont établi des divisions, et décrit avec soin l'hygroma séreux, l'hygroma hématique, l'hygroma purulent.

Cette classification utile à connaître au point de vue de l'anatomie pathologique pure, n'a, croyons-nous, qu'une importance médiocre pour le praticien appelé à instituer un traitement. Et, s'il est bon que le chirurgien s'exerce à reconnaître la nature et la

variété de l'affection, nous avouons que c'est surtout pour s'éclairer sur la marche ultérieure de la maladie; car, disons-le dès à présent, qu'il ait affaire à un hygroma séreux, ou hématique ou même purulent, que le liquide renferme ou non des corps étrangers, le manuel opératoire ne changera pas, et pour tous ces cas la guérison sera la règle.

Nous diviserons donc simplement les hygromas en deux grandes catégories: les uns à paroi souple, mince, élastique, à contenu plus ou moins liquide; les autres à parois épaissies, calcifiées, où l'on ne peut plus constater de fluctuation, le contenu ayant subi l'une des transformations indiquées plus haut qui en font de véritables tumeurs solides. En résumé, hygromas mous, hygromas solides, telle est la classification utile à retenir pour la pratique.

#### TRAITEMENT

Nous voulons, dans ce chapitre, faire un exposé aussi complet que possible des divers modes de traitement qui, tour à tour, ont été employés puis rejetés par les chirurgiens depuis le commencement du siècle. Parmi eux, les uns sont parfaitement inoffensifs, mais aussi bien infidèles, et s'il est tout naturel de les mettre en œuvre les premiers, il faut savoir que le plus souvent ils resteront sans effet.

C'est alors à quelque méthode plus radicale qu'il faudra recourir. Les procédés imaginés jusqu'à ce jour pour obtenir une guérison définitive de l'hygroma, sont fort nombreux; leur nombre même suffit

à montrer qu'ils ne sont pas sans inconvénients. Et en effet, s'ils ont l'avantage d'amener la destruction de la tumeur, quel est celui d'entre eux qui n'a entre les mains les plus habiles, déterminé les plus graves accidents. Nous ferons donc de suite deux parts et nous diviserons les méthodes de traitement en deux catégories : dans la première nous rangerons celles qui ont pour but de modifier la tumeur en amenant la résorption graduelle du liquide épanché ; dans la seconde, seront décrits et appréciés les moyens par lesquels on se propose d'agir directement sur la poche.

**(A.) Méthodes ayant pour but d'amener la résorption du liquide.**

Sous ce chef, nous allons passer brièvement en revue les révulsifs et les modificateurs que l'on a proposés successivement contre l'hygroma, nous voulons parler des vésicatoires, des badigeonnages, des frictions avec des pommades ou emplâtres de composition variable, en un mot des applications de toute nature auxquelles certains praticiens ont accordé et accordent encore aujourd'hui, une confiance absolue.

De tous ces moyens, nous dirons peu de chose, ne voulant pas nous exposer à rééditer tout ce qui a été écrit à ce sujet.

Le vésicatoire peut avoir ses indications, mais c'est lorsque la poche est peu considérable, que le

contenu est parfaitement liquide, que l'affection est de date récente ; enfin et surtout, quand le malade est sous l'influence de la diathèse rhumatismale. M. Tillaux conseille même cette pratique à l'exclusion de toutes les autres. Nous ne pouvons, croyons-nous, mieux faire que de rapporter textuellement les préceptes que cet auteur a formulés dans son *Traité d'Anatomie topographique* :

« On traite généralement l'hygroma par l'application successive de plusieurs vésicatoires volants. »

« L'injection iodée réussit peu à cause de l'épaisseur des parois, et l'on doit se garder de faire une incision. Lorsque les parois, sont très épaisses, on a pu songer à les énucléer au bistouri ; mais c'est une opération qu'il ne faut, à mon avis, pratiquer qu'à la demande expresse du malade, car il en peut résulter des accidents. »

C'est clair, le vésicatoire volant doit avoir raison de l'affection, sinon le malade est condamné à vivre pour jamais avec son infirmité, à moins qu'il ne consente à se soumettre à une opération d'une gravité incontestable. Hélas ! combien de malades a-t-on vus soumis au traitement par le vésicatoire, et combien de fois a-t-on observé la guérison ? Nous ne nions pas, certes, qu'on l'ait employé avec succès, mais, ainsi que le fait judicieusement observer M. Raugé, « Si l'on étudie d'un peu près les quelques observations où sont citées ces résultats heureux, on s'aperçoit que dans presque tous les cas, il s'agissait des véritables hygromas rhumatismaux, de formes à manifestations multiples et subaiguës, et que les vésicatoires ont

produit là l'heureux effet qu'ils ont constamment dans les affections rhumatismales de toute nature.

De tout ceci nous concluons que, s'il est naturel d'essayer de ce traitement aussi simple qu'inoffensif, on doit avec soin se garder d'une confiance exagérée.

Nous en dirons autant des applications, des frictions, des badigeonnages avec la teinture d'iode, l'onguent napolitain, la pommade iodurée, l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, la décoction de noix de galle, l'huile d'origan (employée en Angleterre), le chlorhydrate d'ammoniaque, etc. etc. Chacune de ces substances peut compter à son actif un certain nombre de succès, et pour ne citer que l'un d'entre eux, le chlorhydrate d'ammoniaque en solution a été plusieurs fois employé utilement.

Cela n'a rien de surprenant si l'on considère la vogue dont a joui cet agent dans le traitement de l'hydrocèle; or, dans cette dernière affection comme dans l'hygroma, on s'adresse à des tissus analogues, à deux maladies presque identiques dans leur essence; il était donc logique de penser que le traitement convenant à l'une devait être applicable à l'autre. Boyer dit avoir eu deux guérisons par ce procédé. Depuis lors, Monro, Camper auraient eu à se louer de son emploi. — Mais il est certain que, même en prolongeant l'usage pendant un temps très long, il est absolument impuissant dans le plus grand nombre des cas.

S. Cooper vante beaucoup les frictions avec l'huile d'origan, mais il avoue que, si la tumeur diminuait de volume tant que l'on continuait l'usage de cet agent,



elle reprenait bientôt ses dimensions premières dès que l'on abandonnait le traitement.

Nous pourrions en dire autant de toutes les substances que nous avons énumérées plus haut; nous nous contenterons de répéter que chacune d'elles n'a qu'une action bien infidèle et que le plus souvent, après avoir épuisé toute la série, on se verra contraint de recourir à un procédé radical.

Alors, on n'a que l'embaras du choix, et si l'on ouvre les classiques, on est frappé de la diversité des méthodes qui ont été préconisées depuis le commencement du siècle.

**(B.) Méthodes s'adressant directement à la tumeur pour enflammer sa paroi ou pour la détruire**

Le procédé des incisions sous-cutanées indiqué d'abord par Boyer, qui pratiquait une simple ponction, a été repris par Sédillot qui faisait une véritable incision sous-cutanée à l'aide du ténotome. Si la guérison était la suite ordinaire de ces manœuvres, nous n'hésiterions pas à proclamer ce procédé comme le plus simple et le meilleur. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous n'en voulons pour preuve que l'attestation de Malgaigne. Ce chirurgien aurait en effet observé des récidives, et c'est pour ces cas-là qu'il conseille les incisions multiples.

Mais il y a un autre fait qui doit donner à réfléchir, c'est que, tout à fait innocente en apparence, l'incision sous cutanée peut être la cause d'accidents

graves. Velpeau (1) relate en effet l'observation d'un malade qu'il traita de la sorte et chez lequel survinrent un érysipèle avec angioleucite, suivi de phlegmon diffus et abcès. « Le malade a été dans le plus grand danger » ajoute Velpeau.

C'est donc, à tout prendre, une méthode incertaine et dangereuse qu'il faut laisser de côté.

Nous ne ferons que signaler la ponction simple proposée par Vidal de Cassis, et nous la rangerons à côté de la précédente; elle n'est en effet ni plus sûre ni plus innocente.

— La ponction suivie d'une injection irritante (vin, alcool, teinture d'iode) a été diversement appréciée. Certains chirurgiens, et des plus habiles, la préfèrent encore à toute autre chose. Velpeau en est absolument partisan: « une ponction pour évacuer le liquide, et une injection irritante, l'injection iodée surtout, constituent le meilleur traitement. J'ai opéré 3 ou 4 malades et je les ai radicalement guéris. » (2)

Il est intéressant de mettre en parallèle avec les paroles que nous venons de rapporter celles de M. Valette (3): « Les injections iodées sont quelquefois suivies de succès, mais elles sont moins efficaces que dans le traitement de l'hydrocèle. Chez le même malade on a dû y revenir plusieurs fois, et enfin dans quelques cas, elles ont déterminé des accidents graves. »

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, faites à l'hôpital de la Charité, 1841.

(2) VELPEAU, *loc. cit.*

(3) VALETTE, *Clinique chir. de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, p. 311.

Plus récemment, M. Duplay (1) formule une opinion tout à fait opposée : « Lorsque, dit cet auteur, les parois sont molles et minces et que le contenu est séreux ou sanguinolent, on peut espérer en employant la méthode adhésive voir se produire des adhérences entre ces parois et, par suite, la guérison. Aussi, dans ces cas, on réussit en employant la ponction suivie d'injection iodée. On peut même espérer ce bon résultat, mais avec plusieurs chances en moins, s'il existe, nageant dans le liquide, quelques petits grains riziformes qu'on a soin d'entraîner en faisant des lavages répétés. »

Malgré l'autorité de Velpeau, on ne peut mettre en doute que l'injection iodée n'ait causé des accidents, et ce seul fait doit, croyons-nous, la faire rejeter.

Au reste, il suffit de jeter les yeux sur les quelques observations rapportées par M. Raugé, et ayant trait à des hygromas traités par l'injection iodée, pour juger de la valeur exacte de la méthode.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, le liquide s'était reproduit au bout de 15 jours, on fut obligé d'appliquer le canquoin.

Chez une autre malade, l'injection fut suivie d'une vive réaction, de douleurs violentes. L'inflammation céda, mais ce ne fut qu'une guérison relative, car la tumeur conserva au moins la moitié de son volume extérieur.

Dans la 3<sup>e</sup> observation, nous voyons que les symptômes inflammatoires ont été très accusés, qu'il y a

(1) DUPLAY, *Chirurgie journalière des Hôpitaux de Paris*, 1878, p. 329.

eu menace de phlegmon ; qu'enfin, après guérison, la peau conserva des adhérences à la rotule.

L'observation IV a trait à un hygroma qui, traité par l'injection iodée, récidiva et nécessita une seconde injection.

Le 5<sup>e</sup> cas fut marqué par des phénomènes inflammatoires inquiétants. Après leur disparition, la tumeur avait son volume primitif et la malade refusa toute opération nouvelle.

Chez un dernier malade enfin, l'injection iodée n'ayant pas amené la guérison, on fut forcé d'en venir à l'incision.

Ces faits se passent de commentaires et justifient la conclusion que nous avons posée précédemment.

— L'incision pure et simple ou l'incision cruciale proposées par Syme et Stanley, adoptées par Nélaton, Velpeau, Duplay, ont donné entre les mains de ces chirurgiens de trop mauvais résultats pour qu'elles puissent jamais sortir de l'oubli dans lequel elles sont tombées.

Ce n'est pas que l'ouverture de la poche constitue en elle-même une opération bien grave.

Car, avec les nouvelles méthodes de pansement, on peut parer à tous les accidents jadis si redoutés et l'on peut, sans trop de témérité, affirmer que la septicémie, l'érysipèle, la diffusion du pus dans le tissu cellulaire ne s'observeront plus à l'avenir dans les services hospitaliers, tant que l'on se conformera strictement aux règles de la méthode antiseptique.

Non, ce n'est pas à ce point de vue là que nous nous plaçons pour repousser l'incision de l'hygroma. Mais

on sait avec quelle lenteur la plaie marche vers la cicatrisation, pour peu que la paroi de la poche soit épaissie, et c'est le cas ordinaire ; on sait quelles seront l'étendue et la forme de la cicatrice, l'adhérence de la peau à la rotule et la gêne des mouvements qui en résultera forcément ; ce sont là tout autant de raisons qui plaident en faveur de notre manière de voir et qui forcément prévaudront le jour où la méthode de l'incision viendrait à être remise en question.

Pour les mêmes motifs, et à plus forte raison, ne pouvons-nous admettre l'excision partielle, le rasement de la tumeur ainsi que l'a conseillé Mosnier (1803).

— L'extirpation a toujours été regardée comme la plus dangereuse de toutes les opérations dirigées contre l'hygroma. C'est qu'en effet l'articulation est séparée du fond de la tumeur par une bien faible épaisseur et l'on doit s'attendre à la voir envahie par l'inflammation. Larey, Roux, Waren ont vu mourir des malades auxquels ils avaient pratiqué l'ablation de la tumeur. Velpeau rapporte aussi (*Archives de médecine*, 1826) deux cas de mort dans les mêmes circonstances. Bonnet ne fut pas plus heureux ; enfin M. Valette dit avoir vu dans le cours de sa pratique plusieurs cas dans lesquels l'issue avait été funeste ; il cite, dans une de ses cliniques, l'observation d'un homme chez lequel il pratiqua l'extirpation : après avoir incisé crucialement la peau, il fit la dissection de la tumeur et réunit ensuite à l'aide de quelques points de suture. Le malade fut pris de vives douleurs au-dessus du genou ; un foyer purulent s'était formé

qui fut évacué deux jours après. Quatre jours plus tard, nouveau foyer qu'il incisa également. Le lendemain le patient était pris de fièvre, de nausées, et le chirurgien constatait l'existence d'une fusée purulente le long de la partie interne de la cuisse. Un drain fut placé dans l'abcès et, grâce à des pansements minutieux, à des lavages répétés, le malade fut guéri au bout d'un mois.

Nul doute qu'aujourd'hui les choses ne se fussent passées plus simplement. Mais il n'en est pas moins vrai que l'on aura toujours à craindre l'arthrite de voisinage, peut-être une hémorrhagie. Nélaton dit avoir eu dans un cas de ce genre beaucoup de peine à se rendre maître de l'écoulement sanguin. Aussi devrait-on réserver cette méthode pour les hygromas durs à paroi résistante, incrustée, qui ne peut revenir sur elle-même malgré la compression la mieux exercée.

— Nous sommes amenés à parler de la cautérisation potentielle que nous avons vu employer tant de fois à Lyon par M. Valette. C'était pour lui le procédé par excellence et nous avouons qu'alors en effet, à part le fer rouge, il était difficile de trouver mieux. On faisait, il est vrai, souffrir le malade pendant les 2 ou 3 jours que duraient les applications successives de pâte de Canquoin, la plaie mettait plusieurs semaines à se combler, ou avait une cicatrice étendue et difforme, mais on était à l'abri des accidents qu'entraînaient l'ouverture au bistouri ou le drainage.

Au reste, du jour où l'on songea à mettre en œuvre le fer rouge, la cautérisation potentielle n'avait plus sa raison d'être, surtout si l'on se servait du thermo-

cautère. Le fer rouge, en effet, a un avantage sur le caustique chimique, c'est que l'on peut plus aisément limiter son action.

Il ne faudrait pas croire que le canquoin n'ait pas aussi à son actif quelques méfaits. M. Raugé cite le cas d'un malade de la clinique chirurgicale de Lyon, opéré par le canquoin d'un hygroma du genou, et qui mourut au bout de 15 jours d'infection purulente consécutive à une arthrite suppurée : le caustique avait étendu son action jusqu'aux culs de sac de la synoviale du genou. D'autre part, M. Mollière nous a souvent entretenu d'un malheureux chez lequel il avait employé le canquoin et qui mourut peu après l'opération avec une dénudation de la rotule et arthrite suppurée. Aussi comprenons-nous parfaitement cette parole du professeur Valette, faisant l'éloge de la cautérisation au chlorure de zinc contre l'hygroma : « Comment voulez-vous que je n'insiste pas, quand je vois un grand nombre de chirurgiens contester cette innocuité relative. » *Relative* n'est pas de trop.

En somme, si l'on passe en revue toutes les méthodes que nous venons d'énumérer, on voit qu'une seule d'entr'elles, la cautérisation au fer rouge, peut encore être adoptée aujourd'hui. C'est par ce moyen seul que l'on sera sûr d'aller vite et de se mettre à l'abri des complications. Le thermo-cautère surtout ne rayonne pas, il ne modifie que ce qu'il touche. Les résultats définitifs semblent très bons, bien que M. Raugé ne signale pas dans ses observations la longueur, la forme et la largeur des cicatrices. C'est là, en effet, le principal argument que j'aurai à opposer à sa méthode.

Une incision longitudinale de 6, 8, 10 centimètres de long, à plus forte raison une incision cruciale, doivent forcément laisser une difformité gênante ou tout au moins d'un aspect disgracieux.

Et puis, quelque rapidité que l'on apporte au maniement du cautère, on ne peut éviter au malade une douleur fort vive, à moins d'anesthésie générale. Enfin, nous trouvons, dans l'ouvrage de M. Valette, la relation d'une opération qui est bien faite pour inspirer au chirurgien quelques doutes, quelques appréhensions sur la simplicité du manuel opératoire. « Il importe, dit-il, d'agir à la fois avec une *grande énergie* et une grande prudence. » Il donne ensuite les détails de l'opération. Le malade étant anesthésié, il ouvre la poche, la débarrasse de son contenu. Puis : « J'ai porté au milieu de ces tissus pathologiques *plusieurs fers olivaires assez gros. J'ai dû en éteindre six.* Le cautère a été promené de droite à gauche, et la cautérisation *pratiquée énergiquement sur la face profonde..... Le résultat immédiat n'est pas séduisant, il faut en convenir. Cette plaie béante, noire, carbonisée a fait sur vous une impression désagréable.* » Mais il se hâte d'ajouter que le malade n'a pas éprouvé le moindre malaise, que les douleurs ont été à peu près nulles ; que les téguments ont conservé leur couleur et leur souplesse. Malgré ces correctifs, nous ne pouvons en effet nous défendre de cette impression désagréable contre laquelle il essaie de mettre en garde. Quelle différence n'y a-t-il pas, à cet égard, entre ce mode de traitement barbare et le procédé si simple, si séduisant, du séton et du drainage. Nous avouons que



jusqu'à ces derniers temps, ce dernier était impraticable et qu'en raison des accidents prévus et inévitables qu'il déterminait trop souvent, le chirurgien devait laisser de côté les considérations d'esthétique pour recourir au moyen le plus sûr. De deux maux, mieux vaut le moindre. Cet axiome est toujours vrai, en chirurgie plus qu'en toute autre chose. Aussi sommes-nous d'avis que l'on a eu raison jusqu'ici d'employer la cautérisation actuelle de préférence à toute autre méthode, et croyons nous sincèrement que M. Raugé a fait faire un pas en avant à la chirurgie moderne en proposant l'emploi du thermo-cautère.

Mais, comme nous le disions au début, grâce au pansement antiseptique le terrain est déblayé : actuellement le praticien n'a plus les mains liées quand il s'agit de choisir entre les divers modes de traitement. Qu'importe que celui-ci ait été plus dangereux que tel autre, à une époque où l'on avait à compter avec l'action nocive des germes contenus dans l'air ?

Aujourd'hui les conditions sont changées ; le traitement le plus rapide, le plus commode est le meilleur. Et c'est à ce titre que nous proposons le drainage capillaire au moyen des crins de cheval. — Nous ne ferons pas l'historique de cette méthode, imaginée par Monro et B. Bell, elle était à juste titre tombée dans l'oubli, et il fallait pour qu'elle pût être utilisée qu'elle eût un auxiliaire, qu'elle fût associée au pansement de Lister.

Nous sommes persuadés que dorénavant, grâce à ce *modus faciendi*, le traitement de l'hygroma, du moins dans la majeure partie des cas, deviendra une

opération très simple, non seulement au point de vue des complications immédiates qui seront évitées, mais du résultat définitif qui ne laissera rien à désirer. Nous allons rapporter de suite les quelques observations que nous avons pu recueillir à l'appui de notre manière de voir. Elles sont en petit nombre, il est vrai; mais nous les croyons de nature à entraîner la conviction. On remarquera d'ailleurs que nous n'avons choisi que celles se rapportant au traitement de l'hygroma du genou. — Nous aurions pu relater aussi celles ayant trait à des kystes d'autres régions, à des hygromas du coude ou à des kystes synoviaux par exemple. — Nous avons préféré nous en tenir strictement à ce qui avait un rapport direct avec notre sujet.

#### OBSERVATION I

M. X....., âgé de 40 ans, jouissant, d'ailleurs, d'une parfaite santé, se heurta violemment le genou droit. Presque immédiatement survint une tuméfaction considérable qui persista et pour laquelle, huit mois plus tard, le malade allait consulter un chirurgien de Genève. Ce dernier diagnostiqua un hygroma et proposa l'ouverture de la tumeur. Cette opération fut refusée et le malade alla prendre l'avis de quelques chirurgiens de Paris qui, eux aussi, conseillèrent l'incision de la poche. Nouveau refus du malade, auquel cette opération inspirait une crainte assez justifiée.

Le drainage capillaire, proposé quelque temps après par M. Mollière, fut accepté avec empressement. En conséquence, M. Mollière, se plaçant sous un nuage phéniqué, introduisit dans la tumeur un faisceau de crins du volume d'une plume d'oie.

L'hygroma était de la grosseur d'une mandarine. Il s'écoula quelques grammes d'un liquide hématique, la poche s'affaissa sur le champ, car la paroi était souple et non épaissie. Le genou fut enveloppé de taffetas ciré et de coton phéniqué (pansement de Lister, modifié) et le membre immobilisé à l'aide d'attelles de carton.

Tous les deux jours, le pansement fut renouvelé, et cela pendant deux semaines environ. Chaque fois, on enlevait quelques crins, si bien qu'au dixième jour, tout le faisceau avait été retiré.

L'opération ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire, et, le *dix-septième jour*, le malade qui habitait au 3<sup>e</sup> étage, put descendre dans la rue. Le malade a été revu plusieurs fois, ces derniers jours encore ; la guérison a été définitive ; la peau a repris sa souplesse normale et glisse sans difficulté au-devant de la rotule. Inutile d'ajouter que les deux petites cicatrices sont à peine visibles.

#### OBSERVATION II

La nommée Sélignat, Jeanne, âgée de 67 ans, exerçant à Lyon la profession de tisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 19 août 1879, dans le service de M. Mollière. Comme antécédents pathologiques, la malade dit n'avoir jamais eu qu'un rhumatisme articulaire aigu, à l'âge de 26 ans.

Elle est actuellement atteinte d'un hygroma du genou droit. Elle ne se serait aperçue que depuis six semaines de la présence au-devant du genou de deux petites tumeurs, de la grosseur d'une noix, situées, l'une à la partie inférieure de la rotule, l'autre au niveau du condyle externe du fémur. Elle ne se souvient pas avoir jamais reçu de coup sur le genou, et elle attribue le développement de ces tumeurs à ce que, depuis une vingtaine d'années, elle s'agenouille matin et soir, pour faire ses prières sur le coupant d'une caisse.

Cette femme avait imaginé de faire disparaître ces tumeurs, en les malaxant avec la main, et en les frottant avec force contre le sol. Ce traitement n'aboutit qu'à enflammer la partie; la tumeur prérotulienne se mit à augmenter de volume, en même temps que des douleurs fort vives s'y manifestaient. Le docteur X... appliqua de la glace, puis fit une ponction évacuatrice; les douleurs persistant avec la même intensité et la grosseur ne diminuant pas, il conseilla d'entrer à l'hôpital. Le 20 août, la malade fut opérée par le procédé ordinaire, c'est-à-dire qu'après avoir fait une incision aux deux extrémités du diamètre vertical de la tumeur, et évacué une partie du liquide qui était hématique, on introduisit un drain de crins du volume d'un porte-plume. Pansement de Lister et immobilisation dans une gouttière. Les jours qui ont suivi l'opération, la malade n'a pas souffert. On n'a rien noté de spécial du côté de la tumeur. Celle-ci s'est affaissée, et à chaque pansement il s'écoule une petite quantité de sérosité louche.

10 Septembre. On remarque qu'il y a sur le côté externe du genou un cul de sac où s'accumule le pus, car c'est actuellement du pus qui s'écoule par les orifices. C'est une loge supplémentaire. On a fait une contre-ouverture à ce niveau de 2 millimètres.

12 Septembre. La suppuration est moins abondante. État général excellent.

15 Septembre. On retire complètement les crins.

23 Septembre. La malade sort guérie. Les mouvements s'exécutent très-bien; la peau n'adhère pas à la rotule. Les plaies sont cicatrisées. Bref, le résultat est parfait.

### OBS. III

Thivel, J. M. cultivateur, 56 ans, entre à l'hôpital le 8 novembre 1879, salle St-Louis n° 9. Bonne santé habituelle.

Il est actuellement porteur d'une grosse tumeur dont l'origine

remonte à 22 années. Elle siège au devant de la rotule droite et serait apparue à la suite d'un coup violent reçu sur le genou. D'abord son volume était assez minime; mais elle s'accrut peu à peu, lentement, jusqu'à acquérir les dimensions du poing. De là une gêne considérable; le malade ne pouvait plus se livrer à aucun de ses travaux journaliers.

Le malade se décide à venir à l'Hôtel-Dieu. Le jour de son entrée, on constate que la tumeur a le volume du poing, qu'elle dépasse les bords de la rotule dans le sens vertical et dans le sens transversal. Elle est parfaitement fluctuante. La peau qui la recouvre n'est nullement altérée; elle a gardé sa souplesse et sa mobilité.

On porte le diagnostic d'hygroma, et dès le lendemain on fait transporter le malade à la salle d'opérations.

Après avoir soigneusement lavé la région avec la solution forte d'acide phénique, on pratique, sous un nuage phéniqué, deux incisions: l'une de 1 centimètre sur le bord externe de la rotule, l'autre de 3 centimètres sur le bord interne; par ces ouvertures on voit s'écouler un liquide hématique, de couleur chocolat, contenant beaucoup de grumeaux, d'anciens caillots plus ou moins altérés. La tumeur s'affaisse; le petit doigt introduit dans la poche par l'orifice le plus large, peut aller détacher les fausses membranes et les corps étrangers attachés à la paroi. Après des irrigations phéniquées longtemps prolongées, on traverse la tumeur avec une mèche de crins de la grosseur du petit doigt, et l'on applique un pansement antiseptique (listérien modifié), recouvert d'un bloc de coton. Le membre bien immobilisé, le malade est reporté à son lit.

Les suites de l'opération ont été très-simples; aucun symptôme inflammatoire ne s'est manifesté; le malade n'a pas eu la moindre élévation de température. Pas traces de suppuration au niveau de la plaie.

Chaque jour on a fait un pansement, avec lavages phéniqués et nuage antiseptique. A chaque pansement on enlevait quelques crins; les derniers le furent le 9 décembre, un mois jour pour jour après l'opération.

Quelques jours après, les deux ouvertures étaient oblitérées. Alors seulement on cessa l'immobilisation.

Au moment de la sortie, le malade se sert de sa jambe aussi bien qu'avant l'apparition de la tumeur; les mouvements de flexion s'exécutent sans difficulté. Ajoutons qu'il ne reste comme traces de l'opération que deux petites cicatrices imperceptibles.

La guérison est donc complète.

Ce malade a été présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon.

#### OBS. IV.

Le nommé Morel F. âgé de 19 ans, exerçant la profession de conducteur de voitures, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, au n° 36, le 24 avril 1880.

Il dit s'être toujours bien porté. Depuis 3 mois, sans cause connue, il a vu apparaître soudainement au devant de la rotule droite, une petite tumeur molle, fluctuante, indolore qui augmenta peu à peu de volume, si bien qu'aujourd'hui la marche est fort pénible.

Elle a, en effet, la grosseur du poing. Elle a d'ailleurs les mêmes caractères qu'au début. La peau est intacte.

Le 26 avril, sous un nuage de vapeurs phéniquées, le genou malade ayant soigneusement été lavé avec la solution phéniquée forte, M. Mollière pratique aux deux extrémités du diamètre transversal de la tumeur une incision de 2 cent. environ de longueur. Par le côté interne, on introduit le doigt dans la cavité, l'on constate que la surface interne est parfaitement lisse et qu'il n'y a dans la poche aucune espèce de corps étrangers.

Au moment de la ponction, on a vu sourdre un liquide séro-sanguinolent. Il s'en est écoulé environ 100 grammes. Par l'orifice externe, la canule d'un irrigateur lance un jet d'eau phéniquée (40/1,000). Enfin on termine l'opération en

passant un drain de crins du volume du petit doigt. Le pansement de Lister est appliqué dans toute sa rigueur, le tout est recouvert d'une épaisse couche de coton ; enfin le membre est placé dans une gouttière.

Le 2 mai, on fait le premier pansement. On lave avec soin et en s'entourant de toutes les précautions qui doivent présider à la confection du pansement antiseptique. Sans plus attendre, on retire quelques crins.

La température est normale. Il n'y a, au niveau de la tumeur, ni rougeur ni gonflement. Le malade ne souffre pas : l'état général est excellent.

4 mai. — Nouveau pansement. On enlève la moitié des crins. L'état local est le même. La température ne s'est pas élevée.

6 mai. — Le reste des crins est retiré, et la tumeur légèrement comprimée par quelques tours de bande. Pas de fièvre.

8 mai. — On note, au moment du pansement, un léger suintement séreux ; on continue la compression sur la tumeur.

10 mai. — Les ouvertures latérales se rétrécissent de plus en plus et tendent à s'oblitérer. Il ne s'écoule rien, même alors qu'on exerce une pression assez énergique sur le genou. Les mouvements de l'articulation sont un peu gênés, ce qu'il est facile de s'expliquer par l'immobilité absolue dans laquelle a été maintenu le membre depuis quinze jours.

On supprime la gouttière et l'on engage le malade à faire des mouvements de flexion.

Le 13 mai, le malade demande sa sortie, il est parfaitement guéri de son hygroma : les petites plaies sont cicatrisées ; la peau qui recouvre la rotule est saine et n'adhère pas à l'os. Il reste seulement un peu de raideur articulaire que la marche fera progressivement disparaître.

Revu trois semaines plus tard, cet homme était absolument guéri.

OBS. V.

Le 22 mai 1880, entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, n° 53, dans le service de M. le docteur Mollière, un homme atteint d'aygroma prérotulien du genou droit.

Agé de 29 ans, exerçant la profession de domestique, Balagny Victor est un homme robuste, chez lequel on ne retrouve aucun antécédent pathologique digne d'être relaté.

Il y a environ un mois, il a reçu sur le genou droit une barre de fer très lourde qui, néanmoins, ne lui causa qu'une contusion assez légère: il ne souffrait que très médiocrement et put continuer son travail.

Environ 15 jours après cet accident, il remarqua que son genou avait augmenté de volume. Il ne ressentait d'ailleurs aucune douleur, et n'était nullement gêné pendant la marche. Pendant 2 semaines environ le malade n'y prit pas garde, espérant voir disparaître sans traitement une tumeur qui ne constituait pour lui qu'une simple difformité et ne le gênait pas autrement.

Mais au bout de ce temps, voyant que la tuméfaction persistait, il commença à s'inquiéter et se décida à venir demander conseil. A son entrée, on constate la présence d'une tumeur prérotulienne, tumeur indolente à la pression, du volume d'une orange ordinaire, manifestement fluctuante. La peau est saine, on ne sent pas de choc rotulien. Les mouvements s'exécutent sans peine.

En raison du traumatisme qui semble avoir été la cause première de l'affection, on porte le diagnostic d'hygroma hématique.

Opération le 25 mai: deux incisions sont pratiquées, l'une sur le bord interne, l'autre sur le bord externe de la tumeur. Par le côté externe on peut faire pénétrer l'index qui sent la surface interne parfaitement lisse. Il ne s'échappe par les ouvertures qu'une petite quantité d'un liquide jaune, citrain, mais contenant des paillettes brillantes dont l'analyse histolo-



gique n'a pas été faite malheureusement. La tumeur est traversée par un drain de crins ayant presque le volume du petit doigt. Pansement de Lister, immobilisation dans une gouttière ordinaire.

26 mai. Etat général excellent, pas de réaction fébrile. Le malade n'accuse aucune douleur dans le genou.

27 mai. Premier pansement. La tumeur s'est affaissée. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement.

Souffrance nulle.

Lavages phéniqués.

Même pansement. On enlève les  $\frac{2}{3}$  des crins.

29 mai. Pansement. La tumeur a presque totalement disparu. Le reste des crins est retiré, pas trace d'inflammation.

31 mai. Par la pression, on fait sourdre deux ou trois gouttes d'un pus concret. Pansement de Lister.

4 juin. Le pus continuant à s'écouler en notable quantité à chaque pansement, on croit prudent de placer à nouveau un petit faisceau de crins.

Au reste, l'état général est bon.

Le malade n'a pas de fièvre et ne souffre pas.

12 juin. La suppuration continue aussi abondante, et bien qu'il n'y ait pas de symptômes inquiétants, on croit prudent de faire une petite contre-ouverture au niveau du condyle externe du fémur vers lequel la poche envoie un prolongement.

16 juin. On retire définitivement les crins. La suppuration semble complètement tarie.

24 juin. Depuis que l'on a pratiqué la contre-ouverture, l'état local s'est amélioré graduellement. Le malade est aujourd'hui complètement guéri. Les trois ouvertures se sont obturées et il n'y a plus que de petites plaies insignifiantes.

La peau qui recouvre la rotule est restée souple et non adhérente. Le séjour du membre dans la gouttière a déterminé un peu de raideur articulaire qui cède rapidement aux moyens ordinairement conseillés en pareil cas.

28 juin. Le malade sort de l'Hôtel-Dieu en parfait état.

Il n'a pas été revu depuis.

OBS. VI

Nous devons l'observation suivante à M. le docteur Grandclément. Elle est relative à un homme âgé de 60 ans, sans profession, ayant toujours joui d'une bonne santé, qui depuis 8 mois environ avait remarqué au-devant du genou la présence d'une tumeur. Celle-ci d'ailleurs ne le faisait pas souffrir et ne le gênait que pendant la marche. Elle augmenta de volume et finit par acquérir la grosseur du poing.

Ajoutons que le malade ne se souvient pas avoir reçu de coups au-devant du genou, et ne sait à quelle cause attribuer l'origine de son affection.

Sans qu'il eût jamais fait de traitement, il vint, il y a 4 mois, demander conseil à M. Grandclément. Ce dernier, qui avait eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu les magnifiques résultats de M. Mollière, déclara que si le malade tenait à être opéré, le drainage capillaire lui semblait le procédé auquel on devait s'arrêter de préférence.

L'opération fut décidée, car le patient avait le plus vif désir de se voir délivré de sa tumeur qui « pour ne pas lui causer de souffrance, n'en était pas moins anormale ».

M. Grandclément transperça la tumeur à l'aide d'une aiguille à séton chargée d'un faisceau de crins. Malheureusement il n'avait pu se procurer les éléments nécessaires à la confection du pansement de Lister, et il dût se contenter d'un pansement simple.

Il n'avait, au reste, pas de craintes sérieuses, car le malade habitait à la campagne, et il pensait éviter les complications que l'on observait si souvent dans les hôpitaux.

Le premier jour, en effet, tout se passa bien. La tumeur s'était complètement vidée: le contenu avait une couleur brune très-foncée et une densité considérable.

Le malade se sentait bien. Il n'avait pas de fièvre. Même pansement.

Le lendemain tout le membre inférieur était le siège d'un œdème remontant jusqu'à la racine de la cuisse.

Le genou était tuméfié et présentait une légère rougeur, mais tout cela sans que le malade souffrit, sans que l'état général fut affecté.

Néanmoins M. Grandclément comprit que le pansement antiseptique devenait une nécessité impérieuse, et, dans la soirée, il réussit à trouver chez un pharmacien tout ce dont il avait besoin pour ce pansement, qui fut appliqué sans retard.

Dès le lendemain, une amélioration notable s'était manifestée. La rougeur et le gonflement avaient diminué, et les jours suivants, tout se passa comme dans les cas que nous avons relatés ci-dessus. Si bien que, 15 jours seulement après l'opération, le malade sortait de son lit où il avait été immobilisé avec soin, et pouvait faire quelques pas. Au bout d'un mois, la guérison était complète, et M. Grandclément, qui a revu son client il y a quelques jours, nous dit qu'il n'y a plus de différence entre le genou sain et celui qui a été opéré. La peau glisse très-bien sur la rotule; et il ne reste de l'opération que deux très-petites cicatrices.

#### OBS. VII

M. Rizet, médecin de l'hôpital militaire de Versailles, a publié dans la *Gazette des hôpitaux*, à la date du 22 juin 1880, plusieurs observations d'hygromas ou d'hydrocèle, traités par le drainage capillaire. Nous nous permettons d'en détacher la suivante qui nous intéresse particulièrement.

Hygroma sub aigu du genou gauche.

F..., soldat au 36<sup>e</sup> de ligne, âgé de 22 ans, entré le 15 février 1880 à l'hôpital militaire de Noailles, annexe de celui de Versailles. Quatre jours avant son arrivée, ce militaire était tombé sur le genou gauche, et presque immédiatement après l'accident, était survenue, nous dit-il, la tumeur qui nécessitait son admission à l'hôpital. Le diagnostic n'offre aucune

difficulté. En avant de la rotule gauche on constate une saillie de forme ovoïde mesurant 4 cent. dans le sens vertical et 3 cent. dans le sens transversal. Cette grosseur est rénitente, fluctuante et sans changement de couleur à la peau. Le malade n'accuse aucune douleur ; à peine ressent-il un peu de gêne dans la marche. Du 1<sup>er</sup> février au 5 mars, le traitement consiste en badigeonnages avec la teinture d'iode, auxquels s'ajoute la compression ouatée. Ce mode de faire n'ayant donné aucune amélioration bien notable, les parties molles du pourtour de l'hygroma s'étant épaissies, nous nous décidons à passer à travers la tumeur un faisceau de crins de cheval formant séton, et pour cela nous traversons la poche parallèlement à l'axe du membre, avec un trocart explorateur, muni de sa canule. Le trocart retiré, nous passons dans la canule restée en place un séton composé de douze crins de cheval ; aussitôt fait, nous enlevons notre instrument. Des deux petites ouvertures, s'écoule un liquide limpide, séreux, de couleur citrine, sans viscosité, ne contenant ni flocons d'albumine, ni caillots sanguins, ni aucun exsudat. Les quelques gouttes de sang qui colorent la peau des téguments provenaient d'un vaisseau superficiel atteint par l'instrument ; les extrémités du faisceau de crins sont réunies par une bague de diachylon, et une compression méthodique, formée de feuilles de ouate, complète le pansement.

7 mars. — Pas de réaction inflammatoire ; le malade n'accuse ni douleur ni fièvre, pas de rougeur ni de gonflement de la peau ; le liquide ne s'est pas reproduit dans la poche.

10 mars. — État toujours satisfaisant ; ce jour-là, notre opéré commence à se lever ; les orifices du séton ne présentent aucun signe inflammatoire et ne donnent issue à aucune trace de suppuration. Dès le 4 mars, nous retirons trois crins qui se trouvent être parfaitement secs ; ce qui prouve, avec la palpation, que le liquide ne s'est pas reproduit, c'est le dégagement absolu de la rotule perçue partout, sauf à sa partie centrale où se constate un léger empâtement.

A la date du 12 mars, l'opéré se lève toute la journée, le

lendemain on retire 3 crins, puis chaque jour deux, jusqu'à leur épuisement. Les petites ouvertures se ferment aussitôt : à la place de l'hygroma, on trouve un noyau d'induration, non adhérent à la peau ; les mouvements sont normaux, la douleur nulle ; la sortie du blessé est prononcée le 18 mars.

Si l'on a bien voulu prendre la peine de lire les observations qui précèdent, on a pu voir que, dans tous les cas, la méthode employée a eu un succès constant. Ce fait n'est guère en rapport avec la réprobation générale dont elle a été jusqu'ici l'objet.

« L'introduction dans la cavité d'un hygroma de corps étrangers destinés à y déterminer une suppuration adhésive, constitue une méthode aujourd'hui si généralement condamnée qu'il est presque inutile de la discuter et d'en faire ressortir les inconvénients et les dangers. La pénétration de l'air dans le foyer, la présence dans la poche enflammée de matériaux septiques auxquels des ouvertures étroites ne fournissent pas une issue suffisante, exposent le malade à toutes les chances de l'intoxication putride et font de cette méthode une des plus dangereuses. » C'est ainsi que s'exprimait, au sujet du séton et du drainage, M. Raugé dans sa thèse inaugurale.

« Nous avons vu mourir plusieurs malades opérés par le séton, » dit Sédillot dans son *Traité de médecine opératoire*.

Il est vrai que depuis quelque temps une réaction semble s'être opérée, et ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous lisons dans la *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris*, 1878, à la page 329, les indications suivantes formulées par M. Duplay : « On

devra dans ces cas (vieux hygromas professionnels, à parois résistantes, contenant des corps étrangers, choisir le séton, le drainage ou mieux l'incision large et cruciale de la tumeur. » Nous avons dit les raisons qui nous font repousser l'incision cruciale. Restent donc le séton et le drainage. Il est superflu, croyons-nous, de revenir sur les avantages que l'on peut retirer de leur emploi et nous nous bornerons à décrire succinctement le manuel opératoire. Le malade n'est pas anesthésié, ou du moins, s'il s'agit d'une femme ou d'un sujet pusillanime, on peut se contenter d'appliquer un peu de glace sur la tumeur un moment avant l'opération. Le chirurgien, après avoir lavé la région avec la solution phéniquée forte, pratique deux incisions, l'une en dedans, l'autre en dehors de la tumeur, ou s'il préfère, avec deux extrémités de son diamètre vertical, la chose importe peu. L'une des incisions doit être assez grande (2 ou 3 centimètres), pour permettre au doigt d'aller explorer l'état de la paroi kystique et d'en détacher au besoin les corps étrangers qui pourraient y être appendus.

Lorsque le contenu est évacué aussi complètement que possible, on fait des lavages répétés dans la poche avec la solution forte, et il ne reste plus dès lors qu'à placer le drain de crins. Celui-ci ne doit guère avoir plus de la grosseur d'un porte-plume. A l'aide d'une pince à pansement, introduite par l'ouverture la plus large, on va saisir le faisceau de crins à l'autre orifice et l'on arrive très-facilement en retirant la pince à passer le séton à travers la tumeur. Il est évident que l'on pourrait se servir aussi d'un stylet aiguillé auquel

serait fixé le drain à l'aide d'un fil. Mais ce serait compliquer inutilement l'opération. Celle-ci terminée, il faut à tout prix appliquer le pansement de Lister et avoir grand soin d'immobiliser exactement le membre. C'est de ces conditions que dépend le succès. Si l'on ne se conforme pas à ces indications, il est certain que l'on sera exposé à tous les accidents qui avaient fait repousser jusqu'ici la méthode du drainage (érysipèle, phlegmons diffus, arthrite suppurée, infection purulente).

Nous n'en voulons d'autre preuve que ce qui s'est passé pour l'opéré de M. Grandclément. Le malade était à la campagne et l'on croyait que cette seule condition le mettrait à l'abri de toute complication. Aussi appliqua-t-on un pansement ordinaire. (Nous avons dit, d'ailleurs, que l'on n'avait pu se procurer les objets nécessaires au pansement de Lister). Tout alla pour le mieux le premier jour. Mais bientôt survint du gonflement au niveau de l'articulation, le membre s'œdematia, et l'on ne sait quelles auraient été les suites si le chirurgien ne s'était empressé de recourir à la méthode antiseptique pour l'appliquer dans toute sa rigueur.

C'est donc pour nous un fait indiscutable, le procédé du drainage est absolument inoffensif, mais à la condition expresse qu'il soit allié au pansement listérien.

Alors, en effet, le drain capillaire facilite l'écoulement des liquides bien mieux que ne le pourrait faire un simple tube de caoutchouc, ainsi que l'a démontré mon ami M. Roë; la poche peut se vider

peu à peu de son contenu et revenir sur elle-même au fur et à mesure, de telle sorte que l'entrée de l'air peut aisément être évitée. Du reste, l'air pénétrerait-il dans la cavité, qu'il n'y aurait là qu'un médiocre inconvénient, puisque l'atmosphère phéniquée dans laquelle se trouve plongée la région suffit à anéantir ses propriétés nocives.

Un dernier avantage de ce mode de traitement, avantage dont il faut à notre avis tenir grand compte, c'est l'absence presque complète de cicatrice et d'adhérences de la peau à la rotule, et par suite la conservation intégrale des mouvements du membre.

Quoi qu'on en ait dit, il est impossible qu'une incision, au bistouri ou au fer rouge, ne laisse pas une trace profonde, et que la cicatrice, placée juste au devant du genou, ne constitue pas une véritable difformité, indépendamment de la gêne qu'elle peut apporter au fonctionnement du membre. C'est là un point sur lequel on n'a pas assez insisté, et nous ne trouvons rien de bien précis à ce sujet dans les auteurs. M. Valette dit à la vérité que, chez un de ses malades opéré par le cautère actuel, la cicatrice avait 5 ou 6 millim. de largeur; mais il n'indique pas quelle en était la longueur.

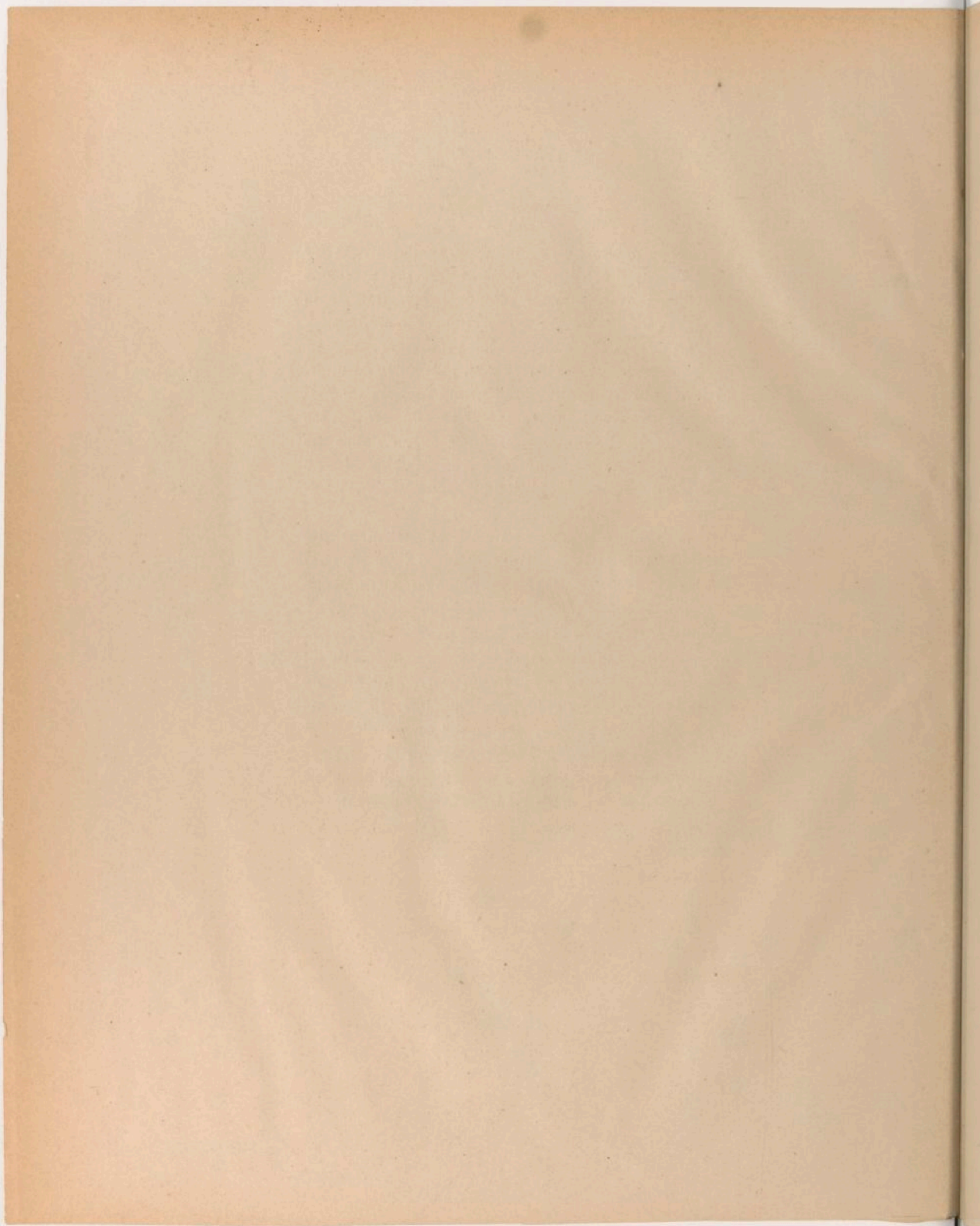
Le résultat laissera évidemment encore plus à désirer si l'on a pratiqué l'incision cruciale. Mais, même en restant en dehors de toute considération d'esthétique, qui oserait soutenir que ces longues cicatrices, que l'on ne pouvait éviter par les méthodes anciennes, n'entravaient pas dans une certaine mesure les mouvements de flexion de la jambe. Et puis, si le malade



est, par sa profession, obligé de se tenir souvent sur les genoux, n'est-il pas évident que les pressions répétées doivent amener bientôt l'ulcération de la cicatrice, d'où la nécessité de renoncer à ses habitudes, ou de recourir à un appareil protecteur.

Par le drainage, on arrive à un tout autre résultat, et il ne faut pas avoir vu un grand nombre de malades traités de cette façon pour reconnaître que les cicatrices se dissimulent parfaitement, qu'elles ne sauraient gêner les mouvements, et qu'enfin elles ne peuvent dans aucune position être soumises aux pressions.

Une dernière question se pose actuellement. Le drainage capillaire est-il applicable à tous les cas? Pour ce qui est des hygromas mous ou de moyenne consistance, nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Pour les autres, au contraire, nous reconnaissons que la méthode est impuissante et qu'il faut absolument recourir à l'ablation partielle ou totale de la tumeur. Mais comme, en somme, l'hygroma mou, à contenu séreux, hématique ou purulent, est de beaucoup le plus fréquent, nous pensons que, dans la grande majorité des cas, la méthode du drainage capillaire par les crins pourra être utilement employée.



## CONCLUSIONS

---

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Aucune des méthodes proposées jusqu'à ce jour pour le traitement de l'hygroma ne peut être considérée comme une méthode complète : chacune d'elles, si elle met le malade à l'abri des complications, sacrifie la perfection du résultat.

2° A l'aide du drainage capillaire par les crins, on évite les cicatrices étendues que donnaient les autres procédés, et le fonction-

nement du membre n'est nullement entravé.

3° Il est indispensable d'employer le pansement de Lister.

4° Le drainage capillaire n'est applicable que lorsqu'on a affaire à un hygroma mou. L'ablation est le seul traitement rationnel de l'hygroma solide.

5° L'opération du drainage est d'une remarquable simplicité; elle a le double avantage de n'effrayer ni le malade ni le praticien.

VU; BON A IMPRIMER

*Le Président de la thèse,*

ROLLET

BON A IMPRIMER

*Le Doyen,*

LORTET

PERMIS D'IMPRIMER

*Le Recteur,*

ÉM. CHARLES

## QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

---

*Anatomie générale et Histologie.* — Des éléments anatomiques entrant dans la constitution du système nerveux.

*Physiologie.* — Innervation du cœur.

*Physique.* — Description et théorie des instruments d'optique propres à accroître l'acuité de la vue : microscope, lunettes, ophtalmoscope.

*Chimie.* — Acide oxalique; composition, propriétés. Caractères distinctifs.

*Zoologie et Anatomie comparée.* — De la trichine et de la trichinose.

*Matière médicale et Botanique.* — Produits médicaux des solanées. Décrire les diverses sortes de tiges et exposer leur structure.

*Pathologie externe.* — De la mort par le froid.

*Pathologie interne.* — Diagnostic différentiel de la péricardite et de l'endocardite.

*Thérapeutique.* — De l'arsenic.

*Hygiène.* — Du méphitisme des fosses d'aisance.

*Accouchements.* — Inertie utérine après l'accouchement.

*Pathologie générale.* — Caractères généraux essentiels et classification des maladies virulentes.

*Ophthalmologie.* — Du traitement de la conjonctivite catarrhale simple.

*Médecine opératoire.* — Parallèle entre les différents procédés d'amputation dans la continuité des membres.

*Anatomie.* — Du testicule et de ses enveloppes.

*Maladies cutanées et syphilitiques.* — Lésions gommeuses du voile du palais.

*Anatomie pathologique.* — Caractères anatomiques des endocardites

*Médecine légale.* — Des signes de la mort par submersion.

*Médecine expérimentale [et comparée.* — Anatomie et physiologie pathologiques de la rage comparée chez l'homme et chez les animaux.

*Cliniques médicales.* — De l'emphysème du poumon dans ses rapports avec la tuberculose de cet organe. De la compensation dans les maladies du cœur.

*Cliniques chirurgicales.* — De l'ectrophie de la vessie et de la valeur des opérations autoplastiques destinées à réparer ce vice de conformation. — De l'érysipèle traumatique.

---

