

Des épanchements sanguins dans les bourses séreuses trochantériennes et de leur traitement : hématomes trochantériens / par Frédéric (Si Mohamed).

Contributors

Frédéric, Si Mohamed.
Faculté de médecine de Paris.

Publication/Creation

Lille : L. Danel, 1888.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/c5zq5hx3>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1888.

N° .

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 décembre 1888, à une heure,

Par FRÉDÉRIC (SI MOHAMED),

Né à Senfta (Algérie), le 10 chaoual 1278 (de l'Hégire),

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Interne à la Maison de Secours,

Ancien Médecin de Saint-Louis-de-Carthage et de la Marsa (Tunisie),

Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille,

Ancien Médecin de Son Altesse Salah Bey (de Tunis).

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS

DANS LES BOURSES SÉREUSES TROCHANTÉRIENNES

ET DE LEUR TRAITEMENT

HÉMATOMES TROCHANTÉRIENS

Président : M. TARNIER, Professeur.

Juges : { MM. BERGER,
SCHWARTZ, } *Agrégés.*
MAYGRIER, FRÉDÉR.

DEUX FIGURES ET DEUX TRACÉS THERMOMÉTRIQUES INTERCALÉS DANS LE TEXTE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LILLE

IMPRIMERIE L. DANIEL

rue Nationale, 93.

1888.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs.

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie	CHARLES RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ TRÉLAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	QUENU.	RICHELOT.
BRUN.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
BUDIN.	HUTINEL.	RAYMOND.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JOFFROY.	RECLUS.	SEGOND.
DEBOVE.	KIRMISSON.	REMY.	TERRILLON.
FERNET.	LANDOUZY.	RENDU.	TROISIER.
GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.	VILLEJEAN.
HALLOPEAU.	PINARD.		

Le Secrétaire de la Faculté: CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



22501735682

A SON ÉMINENCE LE CARDINAL LA VIGERIE,

Archevêque d'Alger et de Carthage,
Primat d'Afrique.

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE ET DE PIÉTÉ FILIALE
POUR SON LONG DÉVOUEMENT.

WELLCOME
LIBRARY

General Collections

P

976

AU T. R. P. DÉGUERRY,
Supérieur général des Missionnaires d'Afrique.
FAIBLE TÉMOIGNAGE DE GRATITUDE POUR L'INSTRUCTION COUTEUSE
QU'ILS M'ONT DONNÉE.

AU R. P. LOUAIL,
Provincial pour les Maisons de France et d'Italie.

AU R. P. F. CHARMETANT,
Directeur général de l'Œuvre des Écoles d'Orient,
Chevalier de l'Ordre de la Légion d'Honneur.

A M^{gr} BAUNARD,
Recteur des Facultés catholiques de Lille.

A LA MÉMOIRE DE MA REGRETTÉE MARRAINE
M^{me} LEMOINE, NÉE MORAS,
Château de Belair (Ile-et-Vilaine).

A M^{lle} A. LEMOINE,
FAIBLE TÉMOIGNAGE DE GRATITUDE
POUR L'ASSISTANCE CHARITABLE QU'ELLE M'A PRÊTÉE
DURANT MES ÉTUDES.

A MA SŒUR, SŒUR SAINT-CHARLES
(de la Mission d'Afrique).
TÉMOIGNAGE DE MA MEILLEURE AFFECTION FRATERNELLE.

A MONSIEUR LE D^r H. DURET,
Ex-Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté libre de Médecine.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MONSIEUR TARNIER,
Professeur de clinique d'accouchements.

*Je prie M. Tarnier de vouloir bien agréer l'expression
de ma respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il me fait
en acceptant la présidence de ma thèse.*

INTRODUCTION. — HISTORIQUE.

§ I. — Il est incontestable que nous assistons à une transformation presque complète de la chirurgie. Les opérations qu'on regardait jadis comme impossibles, téméraires, mortelles même sont de nos jours, je dirai, de pratique journalière, et leurs succès ne sont plus à compter.

Actuellement, le chirurgien tient en partie, entre les mains, les chances d'une issue favorable; je n'en veux pour preuve, que les opérations pratiquées sur la plèvre, le péritoine, ces deux grandes séreuses autrefois l'effroi des hommes de l'art.

L'antisepsie n'est peut-être pas tout-à-fait étrangère aux progrès modernes de la chirurgie.

Je ne ferai pas ici l'histoire de l'antisepsie, je n'entrerai pas non plus dans les violentes discussions qu'elle a soulevées (discussions dont on entend fréquemment encore l'écho).

C'est le propre de toutes les innovations vraiment utiles de passionner le monde savant, de diviser les esprits, de là les partisans et les détracteurs de tout système nouveau.

Au fait, les griefs imputés à la nouvelle méthode, sont-ils fondés: si les agents antiseptiques actuels ne répondent pas à tous les reproches, détruisent-ils pour cela la théorie?

Quoi qu'il en soit, les grandes séreuses (comme nous le disions plus haut) ont gagné à ce nouvel état de choses, et il

n'est pas, jusqu'aux affections des bourses séreuses trochantériennes, qui n'aient bénéficié, à leur tour, de ces progrès.

En suivant le service de M. Duret, il m'a été donné de voir plusieurs affections de ces séreuses, dont deux épanchements sanguins, un entre autre d'une gravité exceptionnelle, et cela à court intervalle.

Notre maître prit de là occasion de faire observer aux élèves la fréquence de tels épanchements, et combien il est surprenant qu'ils n'aient pas plus attiré l'attention des chirurgiens.

Cette judicieuse remarque frappa vivement l'auditoire. Que n'a-t-on pas écrit sur les hématomes traumatiques ou spontanés de la bourse séreuse prérotulienne ; sur les hématocèles de la tunique vaginale du testicule ; sur les hématocèles rétro-utérins consécutifs au pelvi-péritonite chronique du petit bassin ; sur la pleurésie-hémorragique enfin ?

N'est-il pas, dès lors, logique de prévoir que les séreuses trochantériennes ne pouvaient à leur tour échapper à cette loi générale de pathologie.

Dès ce jour, et suivant les conseils de notre savant maître, notre sujet de thèse fut arrêté.

Nous résolûmes donc d'employer nos faibles moyens à combler cette lacune, de faire des recherches tant anatomiques que pathologiques à ce sujet, de réunir, de comparer, ce qu'en ont pu dire les auteurs, d'y apporter, si c'est possible, des faits nouveaux, et de permettre ainsi à nos lecteurs de se prononcer en connaissance de cause.

Nous sommes loin, nous l'avouons, d'avoir atteint ce but, mais qu'on veuille bien tenir compte de notre bonne volonté. D'autres que nous disposant de plus de temps compléteront ce que nous ne ferons qu'ébaucher.

§ II. — Dans nos recherches bibliographiques, nous avons été frappé du silence, presque général, des auteurs à l'endroit

des épanchements sanguins dans les bourses séreuses trochantériennes, encore plus du traitement parfois incomplet des ces épanchements.

J.-L. Petit, en 1774, dans son remarquable traité des maladies chirurgicales n'en fait même pas mention.

Il faut arriver jusqu'à Velpeau, qui en 1833, fait un travail sur les épanchements sanguins dans les bourses séreuses en général. Il les incrimine d'être le point de départ de tumeurs diverses, de productions cartilagineuses tels que ces corps étrangers que l'on trouve dans les hygromas et les articulations..., des dégénérescences cancéreuses encéphaloïdes.

Il ne l'affirme pas, mais pense que c'est une conjecture très-vraisemblable,

L'opinion d'un homme de valeur tel que Velpeau mérite de trouver place ici.

— C'est sans contredit, Pétrequin qui en 1844, a saisi toute l'importance du sujet qui nous occupe. Nous resterions incomplet, si nous ne rapportions, sans les dénaturer, les paroles d'un des chirurgiens les plus distingués, au dire de Chassaignac.

Voici ce que nous lisons dans son anatomie médico-chirurgicale :

« Entre le tendon du grand fessier et le fémur se trouve
» une large bourse séreuse ou synoviale destinée à faciliter
» le glissement réciproque des parties. Elle peut devenir le
» siège d'hygroma, d'hématocèle ou d'abcès. A la longue, le
» périoste et le tissu osseux sont pris. La carie du grand
» trochanter en est parfois la conséquence. »

L'éminent chirurgien cite à l'appui l'observation d'une carie du grand trochanter, *datant de 15 ans*, longtemps prise pour une lésion de l'articulation, et guérie avec conservation du membre après une résection méthodique.

« J'ajouterai, continue Pétrequin, qu'il était facile d'en-

» trevoir la conséquence de pareils faits pour la pratique chirurgicale.

» Les cas d'en faire l'application se rencontrent plus souvent qu'on ne le pense généralement, parce qu'on ne s'est pas toujours occupé de faire le diagnostic avec soin des maladies propres de la hanche. ».

Résumons : Il rappelle un autre cas d'altération osseuse du grand trochanter. Le mal avait débuté probablement dans la capsule dont il s'agit, abcès qui ne s'était jamais fermé complètement. Une résection méthodique faite par Velpeau donna la guérison en 5 semaines, avec la conservation du membre, *avantage immense* des résections partielles faites à temps.

La connaissance de ces faits, ajoute Pétrequin, « pourra devenir d'une grande importance pour la pratique. Il s'en faut que les maladies du grand trochanter soient aussi rares qu'on ne le pense communément..... Il est malheureusement très probable qu'elles sont souvent confondues avec des lésions de l'articulation coxo-fémorale. Et alors, un mal qu'on pourrait facilement détruire à son origine, finit par empirer, et s'étendre au-dessus des ressources de l'art. »

« Le point de départ de la carie de l'os se trouve dans la suppuration de la *bourse synoviale*. On sent de quelle importance est alors le diagnostic. »

On nous pardonnera la longueur de cette citation, mais elle démontre la gravité de la suppuration de la bourse trochantérienne, mieux que nous ne saurions le faire.

Mais laissons la parole au savant clinicien : « il faut donc s'attacher à reconnaître l'affection spéciale du grand trochanter pour l'enlever par une résection partielle avant qu'elle ait compromis l'articulation, le reste du membre, et l'existence du malade. »

Il est étrange qu'après s'être exprimé si nettement, avoir

mis, pour ainsi dire, ses successeurs en garde contre de telles affections, il ne se soit pas trouvé de chirurgiens pour signaler à leur tour, les hématoécèles des bourses séreuses trochantériennes, insister sur leur gravité.

Games, en 1846, soutient, il est vrai, une thèse sur les *tumeurs des bourses trochantériennes*. Il fait une étude assez complète de l'anatomie de la région, décrit avec détails les différentes séreuses de l'économie, mais toujours sans faire une large part aux bourses séreuses de la région trochantérienne.

Dans le Compendium de chirurgie (1851), malgré nos recherches minutieuses, nous n'avons trouvé que cette citation assez vague : « Plusieurs masses hématiques des parties molles de la cuisse ressemblent à de véritables exostoses. »

Il faut arriver jusqu'en 1853 pour trouver un ouvrage remarquable sur les épanchements purulents des *bourses de glissement de la région trochantérienne*. Chassaignac décrit ces affections de main de maître, insiste sur l'opportunité d'une intervention rapide, fait ressortir tout ce qu'une longue temporisation aurait de fâcheux pour l'articulation coxo-fémorale.

En 1865, Verneuil avance que les épanchements ou plutôt les inflammations des bourses trochantériennes sous-cutanées peuvent simuler la coxalgie.

Nélaton, en 1868, dans sa pathologie externe consacre quelques pages pourtant aux épanchements sanguins dans les bourses séreuses en général, mais il passe sous silence celles qui nous intéressent.

Il dit néanmoins que les contusions peuvent parfois être assez violentes pour amener la rupture des parois de la bourse séreuse. Quant au traitement il ne conseille l'ablation du kyste que si ses parois sont épaissies. « Mais ne pas se hâter d'avoir » recours à ces opérations, ajoute-t-il, l'expérience ayant » appris que la résorption s'opère même après un temps fort » long. »

Voillemier n'est pas partisan des grandes incisions, il les trouve graves.

Laugier partage sa manière de voir : « Ouvrir la tumeur par » un procédé quelconque, c'est exposer le malade à des acci- » dents inflammatoires à peu près certains et même à la mort, » que démontrent plusieurs cas cités par Pelle dans sa clinique » chirurgicale. »

De Lamotte avait soupçonné ces épanchements dans les bourses séreuses, mais ne s'étend pas sur le traitement.

Renon, dans sa thèse : *Des épanchements périarticulaires simulant la coxalgie* (Paris, 1871), s'attache surtout à décrire les inflammations aiguës de la bourse trochantérienne, mais ne cite aucunement les épanchements sanguins ni de cette bourse ni des autres séreuses de la même région.

Enfin, B. Nancréde, dans l'encyclopédie internationale, 1884 semble avoir saisi toute la gravité des épanchements qui nous occupent, car il s'exprime en ces termes :

« Les contusions des bourses séreuses profondes sont d'une » très haute importance, à cause des lésions des tissus inter- » posés, sur lesquels une partie de la force a dû nécessaire- » ment s'exercer, et par suite également de la rétention des » produits inflammatoires dans les tissus sous-jacents, en sorte » que dans le cas où la bourse séreuse lésée se trouve en » rapport avec une articulation, les faits graves sont loin d'être » rares. »

Pour nous résumer nous dirons que Chassaignac a magistralement décrit les épanchements purulents des bourses trochantériennes. A la même époque, Morel-Lavallée traita également des épanchements séreux de ces mêmes cavités.

Comme on le voit, il n'est à notre connaissance pas d'auteur qui ait parlé d'une manière spéciale de telles collections, pourtant elles ne sont pas sans gravité pour l'organisme.

A quoi faut-il attribuer ce silence ?

A la difficulté du diagnostic sur lequel Chassaignac insiste tant, difficulté d'autant plus facile à comprendre, que l'on voudra bien se rappeler la profondeur et surtout le nombre de ces séreuses.

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé plusieurs observations sous ces rubriques : *Énorme kyste hématiche* de la région trochantérienne; *hématome de la fesse*; *collection sanguine trochantérienne*, etc., etc.

Nous sommes porté à croire qu'on avait affaire la plupart du temps à une des bourses séreuses dont il va être parlé.

Nous rapportons ces observations plus loin, désirant que les membres du jury en jugent par eux-mêmes.

C'est pour cette double raison: difficulté du diagnostic d'une part, nouveau traitement d'autre part, que nous avons entrepris ce modeste travail.

Que M. Duret trouve ici l'expression de notre vive gratitude, pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours aidé de son savoir et de ses conseils.

Mais avant d'aborder un sujet aussi délicat, quelques détails anatomiques sont nécessaires.

DIVISION DU SUJET.

Ce travail comprendra 6 chapitres.

Dans le I^{er}, il sera brièvement question de l'anatomie normale des séreuses trochantériennes.

Nous décrirons dans le 1^{er} paragraphe du II^e chapitre, les séreuses trochantériennes, d'après nos propres recherches. Le 2^e paragraphe aura trait à l'anatomo-pathologique des épanchements sanguins de ces cavités.

Le III^e chapitre comprendra également 2 paragraphes : l'épanchement sanguin traumatique fera l'objet du 1^{er}; les épanchements sanguins spontanés occuperont le second.

La symptomatologie sera exclusivement traitée dans le IV^e chapitre.

Dans le V^e chapitre, il sera parlé du diagnostic et du pronostic des épanchements sanguins, des affections avec lesquelles ils pourraient être confondus.

Enfin, dans notre VI^e et dernier chapitre, nous exposerons le traitement des épanchements sanguins traumatiques, et des hématomes spontanés.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE.

Rappelons succinctement la description des séreuses trochantériennes telle qu'elle se trouve dans nos auteurs classiques.

Sur la surface du grand trochanter comme sur la tubérosité ischiatique, se rencontrent fréquemment des bourses sous-cutanées dans lesquelles Velpeau a trouvé plusieurs fois des épanchements sanguins.

Des bourses synoviales moins développées se rencontrent entre le grand trochanter et l'aponévrose d'attache du grand fessier. Cette bourse paraît sujette à renfermer des concrétions cartilagineuses (Malgaigne).

Bourse synoviale. — Très mince, ovoïde, toujours assez humectée par la synovie, et très souvent garnie de replis à l'intérieur, elle se déploie sur la face externe du trochanter sur la portion voisine du muscle triceps crural, et sur la face interne du tendon du muscle grand fessier dont elle favorise le glissement. (Cloquet).

Beaunis : Deux bourses séreuses séparent le tendon du grand

fessier, du grand trochanter, et du vaste externe. On en trouve quelquefois une 3^e entre sa surface profonde et l'ischion.

Plusieurs bourses séreuses bien décrites par Monro favorisent le glissement du grand fessier sur l'éminence qu'il revêt ; une première qui le sépare du grand trochanter est presque toujours multiloculaire. Je l'ai vu remplie de synovie.

Une seconde existe entre le muscle et la tubérosité de l'ischion, elle manque souvent. Une troisième se voit entre le tendon du grand fessier et le vaste externe.

Quant à la bourse sous-trochantérienne, elle existe, a le volume d'un gros œuf de poule vide, elle se trouve entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter. Son inflammation peut donner naissance à une tumeur ou à des bruits d'un diagnostic obscur.

Sappey : Deux bourses ou synoviales appartiennent au grand fessier ; l'une le sépare de la tubérosité de l'ischion et des muscles qui s'y attachent, l'autre, favorisant le glissement de son tendon, sur l'extrémité supérieure du grand trochanter.

Game dit n'avoir rencontré qu'une ou deux fois la bourse sous-cutanée, il la considère comme une production accidentelle résultant de frottements et de mouvements exagérés.

Quant à la bourse séreuse trochantérienne proprement dite, contrairement à Bichat, il l'a toujours rencontrée.

Elle adhère très intimement d'une part à la partie libre et interne du grand fessier ; d'une autre part elle fait presque corps avec le périoste, étendue sur le triangle postérieur de la face externe du grand trochanter. Il résulte de cette disposition que les tumeurs dont elle peut être le siège apparaîtront, en arrière du grand trochanter, entre cette éminence et la tubérosité de l'ischion, et siègeront sur le trajet du grand nerf sciatique.

D'où les douleurs s'irradient jusqu'à la plante des pieds pouvant simuler la sciatique.

CHAPITRE II.

Voici ce que nos dissections ont donné :

1° *Bourse séreuse sous-cutanée*, manque souvent, ou lorsqu'elle existe, elle est tout-à-fait à l'état rudimentaire.

2° La *Bourse trochantérienne*, était tout-à-fait petite, sur un sujet de 20 ans. Sur un adulte (homme), elle était très nette, avait 5 cent. et demi verticalement, transversalement 4 centimètres, et 3 centimètres lorsqu'on l'insufflait. Elle recouvrait l'insertion inférieure du moyen fessier. Son bord postérieur empiétait sur le bord postérieur du carré crural, en bas recouvrait le tendon du vaste externe.

La séreuse était uniloculaire, très bien limitée, facile à insuffler.

Le muscle fessier était très développé sur le sujet et avait 2 cent. et demi d'épaisseur.

Rapport : quand on l'insuffle elle devient bilobée, le lobe inférieur est plus volumineux que le lobe supérieur, celui-ci remontait jusque sur les fibres musculaires du moyen fessier.

3° *Bourse ischiatique* : Sur un jeune sujet également de 20 ans, elle était rudimentaire, très mal limitée, impossible à insuffler.

Sur un adulte vigoureux, elle était très nette, avait 4 cent. de long, 2 cent. de large, dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, couvrant l'ischion et empiétant en haut sur l'extrémité du ligament sacro-sciatique, en dehors sur l'origine du carré crural, en bas sur le tendon du biceps.

4° *Bourse séreuse*, encore appelée *bourse inférieure*, s'est rencontrée dans toutes nos dissections.

Sur un adulte elle se trouvait située immédiatement au devant de la bifurcation externe de la ligne âpre, au devant par conséquent de l'insertion correspondante du grand fessier. Elle se trouvait dans une sorte d'espace triangulaire dont le premier côté ou postérieur était formé par le tendon fémoral du grand fessier, le deuxième côté ou interne par le tendon supérieur du vaste externe, le troisième ou externe était représenté par le fascia lata notamment.

Les parois de cette bourse séreuse étaient extrêmement minces.

Elle pouvait avoir 3 centimètres cubes environ de capacité.

Le diamètre vertical est d'environ 3 centim.

La paroi externe et la paroi interne pouvaient s'écarter l'une de l'autre d'environ 1 cent. et demi.

Anatomie pathologique.

Prenons le cas le plus fréquent, celui d'hématome traumatique d'une bourse séreuse, en général, à la suite d'une violente contusion, comme c'est presque toujours la règle, et voyons les phénomènes pathologiques qui vont s'y passer.

La contusion peut déterminer, d'emblée, une inflammation aiguë de la bourse séreuse, (ce qui est hors du cadre de notre sujet) ou un épanchement sanguin à son intérieur. Faisons remarquer en passant, que lorsque la violence est forte, la

séreuse est presque fréquemment déchirée, ses parois lacérées par l'épanchement sanguin qui exerce sur elles une pression excentrique.

Que va devenir le sang épanché ?

Il ne tarde pas à se prendre en caillots ; la sérosité se résorbe, et il reste une masse d'abord colorée, d'aspect fibrineux stratifié au moins à la périphérie, qui tapisse la cavité séreuse, et qui ne paraît pas seulement due à la fibrine du sang, mais à l'exsudat inflammatoire fourni par les parois de la séreuse.

D'autres fois, le sang ne se coagule pas, il reste presque sirupeux, offre l'aspect de la gelée de groseille, et ne se résorbe que lentement.

Sous l'influence de certaines causes mal connues, de la vieillesse, du jeune âge, de la débilité, l'inflammation s'y déclare, pour Chassaignac, elle peut se déclarer sans l'intervention d'aucune cause. De même que l'hématocèle des bourses de frottement peut devenir une cause de suppuration sans qu'elle ait été provoquée par une contusion. De la sérosité et du pus ne tardent pas à se mêler au sang épanché. (Observ. III.)

Aussi, Game nous paraît trop optimiste lorsqu'il avance, que les épanchements sanguins dans les bourses séreuses, sont isolés par ces dernières, soustraits à l'atmosphère, et aux autres réactions de l'économie, que le sang y est en quelque sorte dans un vase hermétiquement fermé, et que dès lors il persiste *plusieurs années* sans changer de nature, ni acquérir des *qualités irritantes*. Ces terminaisons heureuses sont rares, croyons-nous.

Nous pensons, au contraire, avec Chassaignac, que les épanchements sanguins non traités à temps, se transforment en kystes, ou en collection purulente dont les suites peuvent être variables suivant qu'ils siègent dans la bourse sous-cutanée ou sous-aponévrotique.

Notre XII^e observation semble être la confirmation de ce que dit ce chirurgien.

Le sang agit alors comme corps étranger, détermine une

inflammation aboutissant à la suppuration, à l'ulcération et même à la gangrène des parties, car on se souvient de la facilité avec laquelle la bourse séreuse sous-cutanée communique avec le tissu cellulaire.

Le même processus se passe dans les séreuses trochantériennes. Une tumeur s'y forme rapidement, aussitôt après le traumatisme, tumeur très manifeste si la collection se fait dans la séreuse sous-cutanée, moins appréciable si elle siège dans la bourse sous-aponévrotique, à cause des plans sous-jacents. — On perçoit nettement à la palpation, une crépitation fine, assez fréquente, bien distincte de la crépitation osseuse ou gazeuse, elle est due à l'écrasement des caillots sanguins.

Le sang épanché est de quantité variable, il était de 500 grammes environ dans notre I^{re} Obs., on a cité des quantités plus considérables encore.

Le volume de la tumeur est également très variable, en général, elle a la dimension d'un œuf de poule.

Épanchements spontanés. — Le sang ne se présente pas en caillots, comme dans les hématomes traumatiques, il est noir comme du marc de café (III^e Obs.) se trouve délié dans de la sérosité et ne contient que peu ou point de pus.

Lorsque ce sont des épanchements sanguins consécutifs à des hygromas chroniques, le sang a une couleur rouge sombre, étendu de synovie, de quantité variable. Toute la paroi de la poche est tapissée de fibrine doublant sa paroi. Cette fibrine ressemble à du chocolat, se détache facilement; les doigts l'écrasent à la manière de la bouillie.

Les parois de la séreuse sont dures, épaissies (4 à 5 mm.) parfois cartilagineuses (XVII^e Obs.).

L'examen histologique montre à sa surface interne qui est tomateuse, de nombreux vaisseaux, artérioles. (V^e Obs.).

Enfin, lorsque ces deux sortes d'hématomes deviennent le

siège de suppuration, on observe les mêmes phénomènes qui se passent dans un hygroma suppuré, et à la longue on ne voit plus traces d'épanchement sanguin.

Accidents opératoires. — Les complications surviennent tardivement. C'est le 10^e jour après l'opération, que meurt la malade qui fait l'objet de la XII^e Observation rapportée par Chégoïn.

Dans notre III^e Obs., ce fut un mois après l'intervention chirurgicale que se déclara seulement un érysipèle, à forme grave, qui mit en danger la vie de l'opérée. Il eut pour résultat de retarder la cicatrisation, en rouvrant la plaie fermée aux $\frac{3}{4}$ surtout à ses extrémités.

Quant aux fusées purulentes, aux trajets fistuleux, ils sont à craindre lorsqu'on n'a pas eu soin de donner une issue suffisante au liquide purulent.

Cet accident pourrait être facilement évité.

Nous ne saurions assez répéter de laisser dans la plaie, après l'opération, des drains en nombre suffisant, de faire par leur intermédiaire des lavages antiseptiques répétés, de pratiquer aussi sans hésitation, *des contre-ouvertures aux parties déclives*, dès qu'on aura reconnu l'existence de clapier contenant du pus.

C'est le seul moyen de parer à ces suppurations intarissables (3 ans, Ob. X^e; 5 ans, dans l'Ob. IV^e; enfin 12 ans, dans l'Ob. XVI^e) fâcheuses pour l'organisme, et de n'être pas réduit tôt ou tard aux résections du grand trochanter.

Nous avons exposé longuement dans notre XVIII^e Observation, comment une large incision cruciale, permit à M. Duret d'atteindre, de détruire les fongosités implantées sur les parois de la séreuse et comment il modifia les surfaces altérées par ces produits.

INFECTION PURULENTE. — C'est, vraiment, l'accident le plus redoutable. L'observation (III^e *Hématome suppurée Ictère*) est un bel exemple du début de cette grave complication (fièvre intense, température très élevée à grandes oscillations vespérales). Des interventions énergiques, une antisepsie rigoureuse subjuguèrent le mal.

Disons pour terminer un mot des résultats de l'opération au *point de vue fonctionnel*.

Après la cicatrisation les mouvements sont libres. dans l'articulation, il est aisé de s'en convaincre en imprimant les différents mouvements à la cuisse (flexion, extension, adduction, rotation, circumduction).

Néanmoins, dès leur sortie de l'hôpital les individus inclinent légèrement le tronc et la moitié correspondante du côté lésé.

Ils reposent sur le sol sur la pointe du pied d'abord, sur le reste de la face plantaire ensuite. Le sujet boîte faiblement, et s'essaye, pour ainsi dire, à la marche.

Ce phénomène est dû, sans doute, à ce que le malade a pris l'habitude d'immobiliser son membre de crainte d'éveiller des douleurs en déterminant le tiraillement, des téguments ; peut-être aussi à ce que les muscles recouvrent lentement leur souplesse. Est-ce à cela qu'il faut attribuer la cause de cette fatigue qui survient rapidement les premiers jours de la sortie ?

L'action de monter à cheval, de sauter, etc., est également pénible au début pour les mêmes raisons que précédemment. (Immobilisation ayant produit une légère parésie musculaire.) Les cicatrices dans les cas opérés par M. Duret n'ont pas été douloureuses, pas adhérentes aux parties profondes, jamais le sujet n'est venu se plaindre.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE.

Après avoir rappelé les progrès de la chirurgie contemporaine, esquissé l'anatomie normale et pathologique de la région qui nous intéresse : Arrivons à l'étiologie des épanchements sanguins des séreuses trochantériennes.

Essayons d'énumérer les causes de telles collections : Celles des bourses prérotulienne et vaginale sont connues à cause de leur position superficielle, de leur accès facile à l'exploration clinique ; celles des séreuses trochantériennes mal connues pour les raisons données dans notre introduction.

HÉMATOME TRAUMATIQUE. — *Cause directe.* — Ce sont pour la plupart du temps des violences extérieures venant frapper une partie plus ou moins étendue de la hanche. C'est à la suite d'une discussion vive qu'un interlocuteur envoie un coup de pied à son adversaire ; d'autrefois, dans les étables, l'approche imprudente d'un quadrupède est payée par une ruade à la région trochantérienne. C'est un cheval difficile qui envoie un coup de sabot à son cavalier, ou à son défaut, au téméraire qui ose l'approcher d'assez près. Plus communément, c'est une

chûte de sa hauteur, ou d'un lieu élevé sur un corps dur et à arêtes vives : le rebord d'un trottoir, la marche d'un escalier, un monceau de pierres.

D'autrefois, c'est une chûte en arrière sur le dos, et la fesse pouvant expliquer la collection dans la bourse séreuse ischiatique. L'Observation suivante est le type des hématomes traumatiques :

OBSERVATION I.

Hématome traumatique dans la bourse séreuse trochantérienne. —

Incision cruciale, guérison. (Obs. personnelle.)

Le nommé D. Dussart, 73 ans, plafonneur, entre dans le service de M. Duret, le 18 décembre 1887, pour une contusion violente de la hanche gauche.

A la suite d'une violente discussion avec un voisin, il fut brutalement renversé sur un tas de pierres par ce dernier. Après l'accident, Dussart marchait, mais péniblement.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, on observait au niveau de la région trochantérienne gauche, une vaste ecchymose occupant environ une étendue de 30 centimètres de hauteur sur 0^m15 cent. de largeur et présentant différents degrés de coloration. La tumeur était nettement circonscrite, ferme, saillante, présentant une coloration plus noirâtre au centre ; à la périphérie au contraire, il y avait comme un mélange de gris, de bleu et de jaune. Saisie à pleine main on limitait nettement un coussinet résistant se déplaçant assez facilement. On arrivait ainsi à limiter une vaste poche sanguine fluctuante et molle au centre et plus dur à la périphérie où l'on percevait la crépitation sanguine. Cette poche était du reste profonde. Cependant le malade pouvait assez bien marcher sans boiterie accusée.

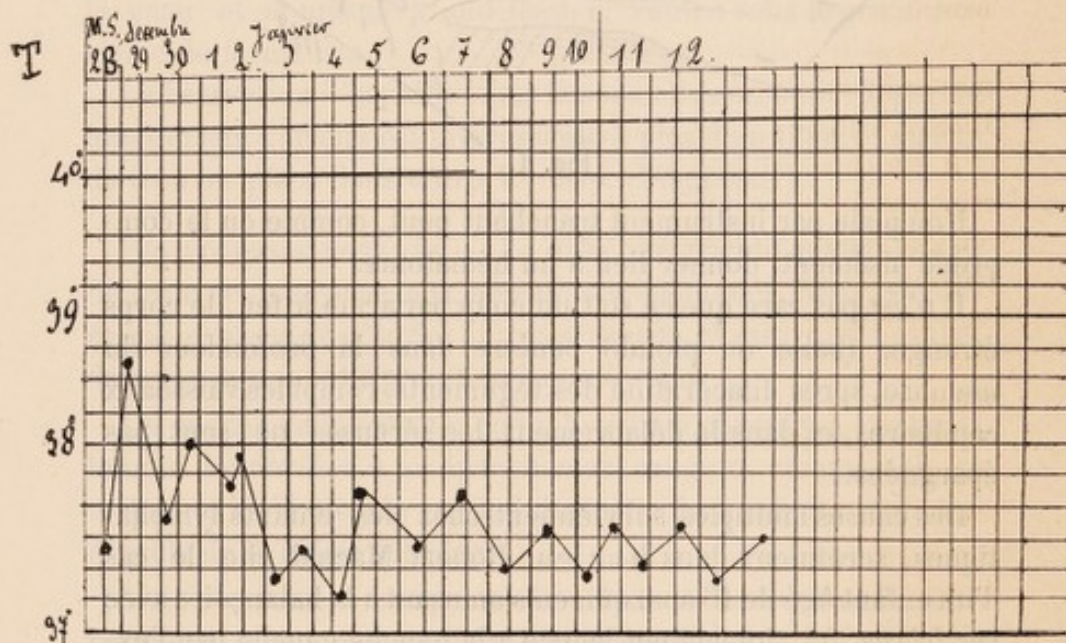
On essaie pendant plusieurs jours la méthode résolutive, compresses d'eau blanche et enfin la compression ; mais n'obtenant pas de résultat quatorze jours après, le 27 décembre M. Duret se décide à vider la poche ; soupçonnant l'existence de caillots volumineux qui eussent obturé la canule du trocart, il rejette la ponction.

Il fait une incision cruciale d'environ 12 centimètres sur 8, vide complètement le foyer qui contenait à peu près un demi-litre de sang très mou, non liquide, avec d'énormes caillots. L'opération se fit sans anesthésie. La plaie fut largement lavée à l'acide phénique, solution forte puis bourrée de gaze iodoformée et laissée largement ouverte. Ce pansement fut renouvelé trois fois, puis le fond de la cavité ayant été comblé par les bourgeons charnus, on appliqua des bandelettes de diachylon.

Malgré l'étendue de la plaie, l'âge avancé du sujet, on ne vit aucune complication survenir, jamais le thermomètre ne s'éleva au dessus de $37^{\circ} 3$, et le malade n'éprouva même jamais de douleurs au niveau de l'incision.

Nous donnons le tracé thermométrique avant et après l'opération. Comme on le voit, grâce à une antisepsie rigoureuse au début, jamais une forte ascension thermométrique.

Hématome traumatique. — Incision cruciale. — Guérison.



Nous avons revu le malade après sa sortie de l'hôpital le 6 mars, et pris un croquis de la forme de la cicatrice : celle-ci est adhérente au tissu, n'est point douloureuse ne gêne en rien la marche.

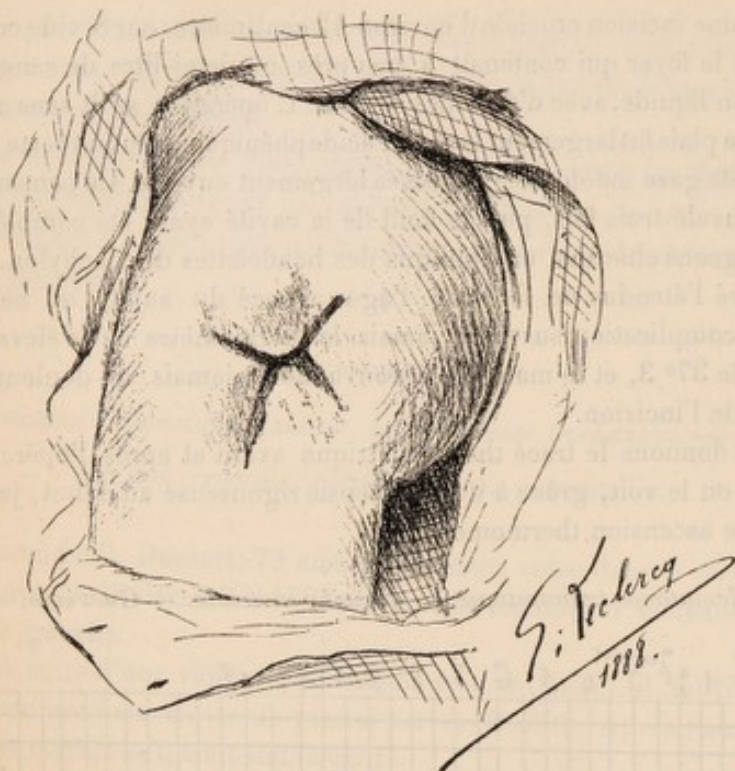


Fig. 1.

Une plaie par instrument tranchant peut, comme on le comprend aisément, donner lieu à un hématome.

Il n'est pas rare que ce soit un coup par arme à feu, le corps étranger (balle ou plomb) pénètre dans la profondeur du membre, après dilacération des téguments, rompt les vaisseaux capillaires, et dans le délabrement, les séreuses ne sont pas épargnées.

Des causes multiples surviennent chez des enfants lymphatiques, scrofuleux dans leur jeu : Robert Macnab cite le cas d'un enfant âgé de 16 ans, qui, en s'amusant à la balançoire avec ses frères, fut violemment heurté à la hanche gauche par l'extrémité de la planche sur laquelle il s'était balancé. (The Lancet 12 novembre 1870).

Une remarque, souvent les porteurs de tels épanchements ne savent quelle cause incriminer. Nous sommes persuadé

qu'un interrogatoire patient, long, révélera fréquemment, dans les antécédents du malade, la cause plausible de l'hématôme en question.

Cause indirecte. — C'est, le plus souvent, une fracture du grand trochanter, rompant les capillaires du périoste d'abord, des tissus environnants ensuite. On comprend qu'il y ait épanchement sanguin plus ou moins abondant, suivant la richesse vasculaire de la région, la constitution du sujet, la violence du traumatisme.

On a avancé que la rupture musculaire peut donner lieu à un vaste kyste hématique de la région trochantérienne, kyste en bissac au dire de M. Follet (de Lille, dans le *Nord Médical*) en bouton de chemise, dont les 2 poches s'étalaient l'une entre la peau et le muscle grand fessier, l'autre sous le grand fessier et le fascia lata.

L'observation à laquelle nous faisons allusion sera rapportée longuement car elle est intéressante à plus d'un titre, et mérite de trouver place dans notre V^e chap. (Diagnostic).

HÉMATOMES SPONTANÉS. — La difficulté grandit quand il s'agit de trouver une cause aux hématômes spontanés. Mais, voyons ce qui se passe du côté des autres séreuses, et essayons, ensuite, de trouver une interprétation à notre sujet.

Un épanchement séreux ou un hygroma chronique peut à la longue donner lieu à un épanchement sanguin, comme cela se voit pour l'hématocèle vaginal du testicule à la suite d'un hydrocèle de la même séreuse.

Voici, comment s'exprime Bouchut : « La contusion d'un hygroma chronique produit un épanchement de sang qui colore le liquide de l'hygroma : il y a hémohygroma consécutif ou hématocèle consécutive de la bourse séreuse. »

L'observation II^e montre assez la production brusque d'un hématome spontané.

OBSERVATION II.

Concrétions fibrineuses résultant d'une hématocele, dans la bourse muqueuse du grand trochanter, simulant une carie du grand trochanter (1).

Femme. 30 ans, douée d'une constitution lymphatique, qui éprouva, quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, sans contusion, sans chute, et sans aucune cause occasionnelle, sans même s'être exposée à la fatigue, une douleur profonde dans la hanche, s'irradiant au genou et rendant la marche pénible.

Les douleurs augmentèrent, il s'est formé à la partie supérieure et extérieure de la cuisse un abcès qui a été ouvert et est devenu fistuleux. Quand cette femme vint à l'hôpital, on constata un peu de gonflement de la cuisse. Au niveau du grand trochanter, la pression détermine de la douleur et fait sourdre par l'orifice fistuleux un peu de pus sanieux. — D'où venait cette suppuration, quel était le siège de la maladie ? L'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine, tous les mouvements dont elle est susceptible s'accomplissent librement et dans toute leur étendue normale, ils ne provoquent point de douleurs et ne donnent lieu à aucune sensation de frottement, de crépitation.

On pensa donc à une altération du grand trochanter ; en effet, cette partie du fémur, composée en grande partie de tissus spongieux, est souvent le siège de maladies inflammatoires, ostéite, carie, lésion, qui est très compatible avec la constitution lymphatique de la malade et l'influence du froid humide auquel elle était constamment exposée, le bureau sur lequel elle travaillait étant placé sur une trappe conduisant à la cave.

Un stylet fut introduit par la fistule, ce qui fit découvrir une cavité qui n'était autre que la bourse muqueuse destinée au glissement du muscle grand fessier : cherchant dans cette bourse muqueuse à rencontrer l'apophyse, le chirurgien trouva une surface rugueuse, inégale, dure, présentant une sorte de crépitation fine qui ressemblait à celle de la carie ; dans d'autres points, le stylet pénétrait assez facilement

(1) Th. de Paris 1882, t. III. Bourny.

à une certaine profondeur, comme cela se voit dans les os ramollis par la suppuration. A ces différents symptômes, qui n'eût pensé à une carie du grand trochanter ?

En conséquence, la malade ayant été soumise au chloroforme, Robert incisa largement la plaie, l'aponévrose et la bourse muqueuse, ce qui permit un accès facile sur la surface de l'os ; cherchant alors avec le doigt à constater l'état du trochanter, il trouva dans la cavité muqueuse une concrétion très dure, comme ligneuse, il put en amener deux fragments assez considérables et une grande quantité d'autres plus petits, puis, introduisant de nouveau le doigt, il sentit l'os parfaitement sain.

M. Robin, qui a bien voulu examiner ces productions au microscope, a vu qu'elles étaient composées de fibrine associée à des globules de pus.

Que s'était-il passé dans cette bourse muqueuse ? il y a eu un épanchement de sang dont la partie liquide s'est résorbée, tandis que la fibrine s'est concrétée et a acquis une dureté considérable. La malade affirme n'avoir jamais reçu de coup sur la hanche. Est-ce donc le froid humide qui a produit cette lésion ?

Toutes ces circonstances rendaient le diagnostic très difficile. La suppuration sanieuse, les trajets fistuleux conduisant le stylet sur une surface dure et rugueuse donnaient bien lieu de supposer une carie du trochanter ; en tout cas, l'erreur de diagnostic ne fut nullement préjudiciable à la malade, car la résorption de ces plaques fibreuses était impossible et leur présence entretenait la suppuration de la bourse muqueuse.

La cavité fut remplie de charpie, et au bout de quelques jours, sous l'influence de cette excitation, des bourgeons charnus de bonne nature ont commencé à se produire, quelques injections d'iode furent faites et la malade fut bientôt en état de sortir portant seulement une cicatrice déprimée.

Tillaux, dans son remarquable traité d'anatomie topographique, nous paraît avoir admirablement exposé les théories des auteurs à ce sujet, comme clarté et comme précision. La parole de ce savant mérite de trouver place ici :

« Sous l'influence de causes mal connues, à la suite sans
» doute de froissements répétés, la séreuse finit par s'épaissir,
» par se vasculariser à ce point que l'hydrocèle peut cesser
» d'être transparent, alors que le liquide n'a pas changé de
» caractère.

» Le plus souvent, cependant, la disparition de la transpa-
» rence tient aux modifications du contenu qui est devenu
» sanguinolent. L'hydrocèle est transformé en hématocele ou
» hydro-hématocele. »

Et l'habile chirurgien, continue :

« Ce qui caractérise cette dernière affection, c'est l'existence
» d'une fausse-membrane, d'épaisseur variable, pouvant
» acquérir jusqu'à 1 centimètre et plus, tapissant toute la sur-
» face interne de la tunique vaginale.

» Cette fausse membrane est-elle cause ou effet de la
» maladie? Résulte-t-elle de la condensation des caillots fibri-
» neux consécutivement à un épanchement sanguin dans la
» tunique vaginale, ainsi qu'on l'observe, par exemple, dans
» la poche anévrysmale, ou bien se développe-t-elle primitive-
» ment, de telle sorte que ses propres vaisseaux fournissent
» le sang? La première manière de voir était défendue par
» Velpeau, la deuxième par Gosselin. Je suis convaincu que
» la maladie peut procéder de l'une et de l'autre façon.

» Quel que soit d'ailleurs le mode de production de la fausse-
» membrane, que celle-ci soit primitive ou consécutive, elle
» constitue le principal obstacle à la guérison; tant qu'elle
» n'est pas détruite, le sang s'épanche de nouveau au moindre
» froissement. »

L'accord est loin d'être établi entre les auteurs, comme on le voit. Dans l'état actuel de la science, il serait peut-être téméraire de se prononcer pour une opinion ou pour une autre.

Il ressort de tout ceci que les hygromas des bourses séreuses

trochantériennes peuvent être l'objet de phénomènes analogues à ceux mentionnés pour l'hydrocèle vaginale, et donner lieu à des hématomes spontanés. Car, on conçoit facilement que la même loi pathologique régisse toutes les séreuses.

On a discuté, et on discutera longtemps encore, pour expliquer certains hématomes spontanés survenant dans certaines affections, notamment dans l'hémophilie, l'albuminurie et l'ictère.

Hémophilie. — La tendance des auteurs est d'expliquer les hématomes spontanés, dans l'hémophilie, par une diminution ou un ralentissement de la fibrine du sang, par une alcalinité trop grande du sérum, ou par une intoxication de ce fluide, par des miasmes pestilentiels ou ferment bactérique.

D'autres, avec Bouchut invoquent une diathèse hémorrhagique pour expliquer ces sortes de collections. Dans cet état morbide, le sang est profondément modifié dans sa composition et sa qualité physique. Il est séreux, pâle, appauvri, défibriné.

Tous ces caractères ont été vérifiés.

Ictère. — Dans l'ictère il y aurait une véritable altération du sang comme dans la fièvre, les maladies pestilentielles, le scorbut, le purpura. Voici comme s'exprime J. Simon (1): — « Dans les ictères à marche chronique, les troubles survenus dans la sécrétion biliaire diminuent les sources de l'absorption intestinale et donnent naissance à l'anémie profonde, dans laquelle les hémorrhagies légères peuvent se voir. »

OBSERVATION III.

Hématome suppuré de la région trochantérienne. — *Ouverture.* — *Suppuration.* — *Incision large et pansement à plat.* — *Ictère prolongé.* (Observation personnelle).

Palmyre Marsal, âgée de 10 ans, d'une constitution assez délicate, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Desplais, le 12 août, pour un ictère catarrhal datant du 20 juin 1887.

(1) In Dict^e Méd. et Chirurg.

Historique : Répondant avec précision aux questions qui lui sont faites, elle dit n'avoir jamais eu de maladie. Les membres de sa famille se portent bien, un de ses frères est mort en bas âge de convulsions ??

Elle-même paraît avoir une constitution délicate, mais n'offre pas de signes évidents d'une tare organique quelconque.

C'est dans la seconde quinzaine de juin 1887, qu'elle commença à ressentir les douleurs dont elle souffre encore aujourd'hui, douleurs qu'elle attribue à une frayeur qu'elle aurait eue en voyant un enfant tomber en convulsions. — Quelques jours après, elle serait devenue jaune au point qu'elle alla consulter au dispensaire de la rue du Port.

Là, le médecin lui dit qu'elle avait une jaunisse, prescrivit des bains généraux, des lavements froids de camomille, des tisanes de chiendent, du quinquina, plus l'application d'un vésicatoire au flanc gauche.

Ce traitement fut suivi durant le mois de juillet et les dix premiers jours d'août.

Cette médication la soulagea, bien qu'il y eut des alternatives de mieux et de plus mal.

Mais vers le commencement d'août, elle eut des vomissements jaunâtres avec des filets de sang : ses parents effrayés, la font entrer à l'hôpital de la Charité, salle St-Louis.

Nouveau vésicatoire et cataplasmes sur la région hépatique, cataplasmes également sur la cuisse. Frictions belladonnées, eau de Vichy, lait, œufs.

En même temps que son ictère, elle attirait l'attention sur la hanche gauche, qui était douloureuse, empêchait la marche, et tout décubitus sur ce côté : pourtant elle n'était pas exacerbante la nuit au point d'interrompre son sommeil.

A la partie externe de la fesse gauche, au niveau du grand trochanter, il y avait en effet une collection de liquide du volume d'une orange.

En faisant coucher la jeune malade sur le côté sain, on voit que la cuisse du côté malade est légèrement fléchie sur le tronc. Nous constatons en arrière du grand trochanter, à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale, une tumeur du volume d'une orange,

empiétant un peu sur la fosse iliaque externe, peu saillante, et n'ayant point à première vue des bords nettement limités. Elle est douloureuse à la pression, mais la palpation superficielle est bien supportée, et permet de constater qu'elle est assez bien limitée, arrondie, nettement fluctuante, quoique recouverte par une assez grande épaisseur de tissus.

Le grand trochanter paraît comme légèrement hypertrophié dans sa moitié postérieure attenante à la collection.

De légers mouvements de rotation imprimés au fémur, et la pression exercée en avant du triangle de Scarpa n'excitent aucune douleur. L'enfant consent à se tenir debout, mais elle se penche du côté sain ; elle ne porte pas sa cuisse dans l'abduction et la rotation en dehors prend en somme l'attitude caractéristique de la sacro-coxalgie ; cependant l'articulation paraît saine.

15 septembre. — Guérie presque complètement de son ictère, on la fait descendre en chirurgie pour cette tumeur qui a résisté à tous les révulsifs usités en pareils cas.

16 septembre. — M. Guermontprez, qui supplée M. Duret, endort la malade, et procède après lavages antiseptiques au sublimé 1/1000 à vider par une simple incision, la poche. Il en sort en assez grande quantité un liquide noirâtre, assez semblable à du marc de café, de caractère hématique, mais peu de pus. (Pansement antiseptique sec.)

Quelques jours après, l'enfant avait la fièvre, se plaignait, perdait l'appétit. M. Guermontprez pense que cela tenait à la rétention du pus.

Après une nouvelle anesthésie, le chirurgien vida complètement la cavité, qui maintenant suppurait, et y mit trois drains disposés radiairement.

Pansement : gaze iodoformée, ouate antiseptique, renouvelée dès que les pièces du pansement étaient souillées.

1^{er} octobre. — En présence de la suppuration persistante, M. Duret ouvre largement la cavité par une incision cruciale, et nettoie la vaste plaie des fongosités, et des fausses-membranes qu'elle contenait. Car la fièvre était intense, la température très élevée à grandes oscillations vespérales.

L'état de la jeune malade inspirait alors de très vives inquiétudes, on redoutait une infection purulente.

Après cette intervention il y eut une amélioration notable durant les mois d'octobre et de novembre.

Mais en décembre en désespoir de tous les soins, l'état de la malade empira. Ce fut alors que M. Duret fit une dernière tentative. Après chloroformisation, il ouvrit avec toutes les précautions antiseptiques plusieurs abcès qui s'étaient formés autour du grand trochanter, et incisa *crucialement* la poche en *pansant à plat*.

Le même pansement fut continué jusqu'en février, époque où elle sortit complètement guérie.

RÉFLEXION. — S'agissait-il dans ce cas d'un épanchement hématique consécutif à un traumatisme ?

Pouvait-on penser au contraire à une hémorrhagie survenant dans une bourse séreuse préexistante ?

On sait que, dans l'ictère les hémorrhagies spontanées sont fréquentes. Dans le cas actuel, il est probable que le traumatisme a été insignifiant ; peut-être a-t-il consisté dans des froissements répétés produits par le décubitus prolongé pendant l'ictère, il est probable qu'il y a eu à la fois, action locale et influence de l'état général. — La collection, toutefois, siégeait manifestement dans la bourse séreuse superficielle de la région trochantérielle ; elle en avait exactement les limites.

Cette concomittance indéniable des ictères et des hémorrhagies doit être retenue à tous égards. C'est un problème à résoudre que les expériences faites par Van Dusck semblaient avoir tranché par l'affirmative, c'est-à-dire par la démonstration de l'action dissolvante des sels biliaires injectés dans le sang, action qui serait immédiatement suivie d'hémorrhagie, et parfois d'infiltration sanguine sous le parenchyme des organes. Mais comme d'autres observateurs et expérimentateurs n'ont pas toujours réussi à produire des hémorrhagies par le procédé expérimental, on est en droit de se demander s'il y a là une relation de cause à

effet, si l'hémorragie provient de l'action des sels biliaires ou de toute autre cause.

Albuminerie. — La question se complique lorsqu'il s'agit d'expliquer les hématomes spontanés survenant au cours d'une albuminurie. On s'accorde à dire qu'il y a altération granulo-graisseuse des parois vasculaires, perte de leur élasticité et de leur résistance, ce qui permet l'ulcération de leur paroi.

Peter, incrimine une inflammation chronique autrement dit une *arterio-sclérose* se produisant à la suite de la veillesse, de l'alcoolisme, de la syphilis, de la goutte, de la scrofule, du mal de Bright. Il est certain que cette dernière est souvent le point de départ de l'athérome, cette rouille de la vie (Peter).

Il est plausible d'admettre, que les capillaires des bourses séreuses trochantériennes, lésés aussi dans leur structure, se rompent sous la moindre influence au moindre choc, à la suite du decubitus latéral et donnent lieu aux hématomes spontanés.

Mais, reprend Peter, « ces dégénérescences ne sont pas toujours le résultat d'un travail phlegmatique. Il est des cas où la dégénérescence grasseuse des parois artérielles est la première lésion en date. Elle peut porter sur les trois tuniques et déterminer à son tour une irritation lente, des foyers d'artérite chronique, de sorte que ces différentes lésions s'appellent ou se complètent.

» Quelle que soit leur origine, les lésions de l'arthrite chronique sont toujours accompagnées de foyer athéromateux et de plaques calcaires.

» Les plaques gélatiniformes de la tunique externe par leur transformation grasseuse, finissent par constituer un foyer athéromateux formé de détritits gras, de cholestérine, de cristaux. Tant que le foyer a ses parois intactes, il fait

» saillie dans l'artère sous forme de pustule athéromateuse,
» mais, si la couche épithéliale qui leur sert de limite vient à
» se rompre, le contenu du foyer est emporté par le torrent
» circulatoire, le sang pénètre dans le foyer, et la pression
» sanguine en ce point peut devenir une cause de dilatation et
» d'anévrysme....

» La tunique moyenne des vaisseaux s'altère à son tour, elle
» disparaît par place sous l'influence de la dégénérescence
» graisseuse; elle perd sa résistance et son élasticité, la tunique
» externe est souvent sclérosée, de sorte que le vaisseau est
» tout entier envahi, il y a *endarterite, mésarterite et péricar-*
» *térite* (1).

M. Peter nous semble avoir admirablement décrit les altérations des artères, aussi, nous n'avons pu résister au désir de le citer longuement, pour montrer les altérations valculaires fréquentes qui existent en même temps que l'albuminurie et qui expliquent jusqu'à un certain point les hématomes qui font l'objet de ce chapitre.

Le médecin doit passer également en revue les affections rénales et hépatiques; le cœur et les vaisseaux doivent être l'objet d'un examen minutieux. Y a-t-il une lésion valvulaire pouvant déterminer soit une embolie soit un ralentissement ou une tension artérielle? Une dégénérescence granulo-graisseuse fera penser à l'existence possible d'un hématome spontané.

Il n'est pas nécessaire pour cela que l'hygroma soit récent, il suffit qu'il ait existé à une période même assez éloignée, comprend-on dès lors que les malades n'invoquent aucune cause de l'épanchement. Le liquide épanché peut offrir plusieurs transformations suivant la quantité du liquide sanguin qui est venu s'ajouter au liquide ancien.

(1) M. Peter Cliniq. Médical.

Y a-t-il eu peu de sang déversé ? le liquide sera peu coloré, rougi plus ou moins fort. Il y aura, au contraire, un liquide foncé, mélangé à des caillots sanguins si l'épanchement de sang a été plus ou moins considérable. Dans le 1^{er} cas, il n'y aura pas de crépitation, au lieu qu'elle pourra être nette dans le dernier cas. Dans ces hématomes spontanés, on ne peut constater cette *dépression en coup de hache*, sur laquelle Chassaignac insiste tant, et qui est, à proprement parlé, le signe d'épanchement récent.

La pression sur de telles tumeurs ne réveille pas de douleurs. C'est à peine si le sujet se plaint d'un peu de gêne.

Nous rappellerons pour mémoire que les hématomes spontanés doivent être soupçonnés dans certaines affections fébriles, dans le scorbut, le purpura, dans les cas de diminution de la fibrine ou d'alcalinité trop grande du serum du sang.

Il est bien entendu que nous parlons ici des épanchements sanguins sans complication. Car, alors la fièvre s'allume avec des exacerbations vespérales, le malade dépérit, sa figure prend une teinte terreuse, le pus se forme, et l'état général décline ; tout l'organisme peut être frappé d'infection purulente à moins qu'une intervention rapide ne vienne enrayer tous ces désordres.

L'alcoolisme est une cause d'anévrysme milliaire et d'hématome spontané, nous en dirons autant de l'ictère, comme on le verra dans une observation que nous rapportons en détails.

CHAPITRE IV.

La symptomatologie de l'hématome traumatique des bourses séreuses trochantériennes est assez uniforme.

En général, le malade raconte qu'il a fait une chute sur la hanche, ou qu'il a reçu un coup de pied dans cette région; mais il a eu la force de se relever, de marcher, de continuer même son travail; seulement le lendemain il a éprouvé de vives douleurs et une grande gêne dans les mouvements. La peau est devenue chaude, s'est tuméfiée, il a été obligé de garder le repos. Puis le deuxième, ou au plus tard, le troisième jour, est apparue une coloration noirâtre, ecchymotique de la fesse. Les symptômes inflammatoires disparaissent insensiblement, le malade veut marcher, mais il boîte. Alors seulement il s'aperçoit de l'existence d'une grosseur à la hanche, cette tumeur l'effraie. Il se décide à consulter le médecin.

Tels sont habituellement les commémoratifs fournis par le blessé. Leur existence à eux seuls, est déjà une forte présomption en faveur d'un épanchement sanguin, surtout s'il s'y joint de la fluctuation.

Passons en revue, les autres signes d'hématome, quelle qu'en soit du reste la nature.

Les signes *physiques* d'abord, les *signes rationnels* ensuite.

Signes physiques. — Une inspection attentive peut nous fournir de précieux renseignements. Ce qui frappe tout

d'abord, c'est l'attitude du malade : il est couché sur le côté sain, quelquefois sur le dos. Si on le place dans cette dernière position, on voit que la cuisse est légèrement fléchie. Le membre lésé est dans l'abduction et la rotation en dehors (voir notre III^e observation, Marshal). Il paraît plus long que celui du côté sain, bien qu'il soit plus court à la mensuration. Ce phénomène paradoxal s'explique dans le premier cas, le malade incurve la colonne vertébrale du côté lésé, dans le second, il se fait une contracture musculaire d'ordre réflexe empêchant tout mouvement de nature à raviver la douleur.

A la région trochantérienne, on constate une *tumeur* de forme variable. Elle serait, largement *ovoïde*, si l'épanchement est récent, qu'il siège dans la bourse sous-cutanée; *ellipsoïde* à grand diamètre, dirigé suivant l'axe du membre, s'il existe dans la bourse séreuse sous-aponévrotique. Dans ce dernier cas, l'épanchement, ne serait pas très abondant, et des ponctions répétées ne paraissent pas diminuer notablement, la quantité à cause des plans résistants qui le limitent (1).

Le volume de la tumeur est également de dimensions très variables. La plupart du temps il varie d'un œuf de pigeon à celui d'une tête de fœtus (Voy. IV^e observ.). Dans ce cas, la tumeur déborde de tous côtés la région du grand trochanter, remonte en haut jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, atteint l'ischion en arrière et descend en bas, au-delà du pli fessier. On peut alors apercevoir à sa limite inférieure, un signe sur lequel Chassaignac a attiré l'attention : « *une dépression en coup de hache* », dirigée obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant.

Si l'épanchement a lieu dans la bourse séreuse sous-aponévrotique, la tumeur est plus ou moins prononcée, suivant que le membre est dans la flexion ou dans l'extension. Dans l'ex-

(1) Chassaig. *Arch. gener. de Méd.* An. 1853, 2^e série.

tension, le tendon du grand fessier et le tenseur du fascia lata l'aplatissent, tandis qu'elle prend tout son développement dans la flexion.

La peau se présente avec des ecchymoses plus ou moins diffuses ; par des teintes variées.

Si la tumeur a diminué de volume, on y remarque quelquefois des vergetures.

La tumeur est aplatie, moins proéminente quand la collection est sous-aponévrotique.

La palpation fait reconnaître dans la tumeur la sensation de fluctuation à travers des enveloppes épaisses. Ce signe clinique existe dans le cas de collections sous-aponévrotiques, mais il faut souvent un tact exercé pour arriver à le percevoir. Une cause d'erreur bien indiquée par Nicaise (1), consiste dans la sensation de fausse fluctuation quand on applique transversalement les deux mains sur le muscle grand fessier et qu'on presse alternativement avec l'une et avec l'autre. On obtient le même résultat en plaçant les mains l'une au-dessus de l'autre.

La palpation permet en outre de circonscrire la tumeur, d'en rechercher les adhérences à la peau ou aux parties profondes ; — de percevoir surtout cette crépitation fine, caractéristique des épanchements sanguins.

Le toucher éveille assez souvent de la douleur au niveau du grand trochanter, surtout s'il y a de l'inflammation. Cette douleur s'accroît au moindre mouvement, et rend la marche pénible. Elle se manifeste quelquefois le long de la partie postérieure de la cuisse, suivant le nerf sciatique, simulant alors une véritable sciatique. Tantôt, elle se fait sentir à la face antérieure du membre.

Signes fonctionnels. — Le malade boîte légèrement en marchant. On le voit incliner le bassin du côté lésé, cherchant

(1) Thèse d'agrég. 1869.

par tous les moyens à immobiliser son articulation coxo-fémorale, les mouvements se passant dans l'articulation sacro-iliaque.

D'ailleurs, il est vite contraint de s'arrêter à cause de la douleur et de la fatigue musculaire.

L'étude des *mouvements communiqués* est de la plus haute importance, tantôt ils sont libres, plus fréquemment limités, parfois impossibles. Cette gêne est due à la contracture musculaire, la chloroformisation la fait disparaître.

Toutefois, lorsque l'affection est ancienne, qu'il s'est formé des brides fibreuses entre la tumeur et le grand fessier, les mouvements de ce muscle ne sont possibles qu'après avoir rompus les adhérences.

Mais la symptomatologie se complique lorsqu'il s'agit des *hématomes spontanés*, dans les séreuses trochantériennes : car plusieurs signes manquent, ainsi qu'on va le voir.

Ici, les commémoratifs font défaut, l'ecchymose ne vient pas mettre sur la voie d'un traumatisme récent.

Le clinicien, dès lors, doit redoubler d'attention, s'enquérir avec soin des habitudes du sujet, de sa profession.

Chez les hommes de peine, les femmes de journée en particulier, il est hors de doute que des hygromas des bourses séreuses se développant lentement, passent à l'état chronique, qu'il s'y déclare à la longue les mêmes phénomènes que ceux qu'on voit survenir à la suite d'hydrocèle de la tunique vaginale du scrotum.

A la suite d'un effort, d'un coup, d'un simple froissement, ou même sans cause appréciable, il s'y fait une déchirure de fausses-membranes qui doublent leur paroi interne : de là l'hémorragie.

Nous ne voyons pas d'autre explication au développement de cet hygroma énorme de la bourse sous-cutanée que nous relatons dans notre V^e obs.

Cet hygroma avait le volume d'une grosse tête de fœtus, s'était développé lentement chez une femme en service, et n'occasionnait aucune douleur, sauf un peu de gêne à la marche, à la fin de la journée.

Dans l'hémo-hygroma spontané, on sera cependant mis sur la voie du diagnostic si, à la suite d'un simple froissement, on a remarqué que la tumeur a grossi subitement ou du moins en quelques heures.

La IV^e obs. n'est elle pas un fait remarquable des hygromas suppurés.

OBSERVATION IV^e.

Tumeur de la bourse muqueuse et trochantérienne droite du grand fessier datant de 5 semaines.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-trois ans, couché au n^o 182 de la salle d'Orléans, d'une constitution faible, lymphatique, mais non scrofuleux, exerçant la profession d'ouvrier en soie. Depuis cinq semaines, il éprouve des douleurs dans la hanche droite; il porte sur le grand trochanter, du même côté une tumeur du volume d'un œuf de poule, aplatie, d'une autre tumeur fluctuante à la partie moyenne et interne de la cuisse. La première de ces tumeurs qui doit seule nous occuper est survenue sans cause connue. Cependant la présence de l'autre tumeur sur la partie moyenne et interne de la cuisse, dénoterait pour cause, une prédisposition, une diathèse purulente, car elle n'est pas circonscrite, indolente; elle date de deux mois et tient évidemment à un vice interne.

En examinant la hanche, on aperçoit en arrière du grand trochanter, comme dans le cas précédent, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; molle, fluctuante, circonscrite, plus étendue dans le sens vertical que transversalement, sans adhérence à la peau qui est mobile, faisant saillie à l'extérieur, quoique sa base se perde dans les parties molles. Le sujet étant amaigri, on sent parfaitement le grand trochanter et l'ischion et l'on voit très bien que cette tumeur siège

sur le triangle trochantérien postérieur, qu'elle est comprimée, aplatie par les contractions du muscle grand fessier. Si l'on fléchit la cuisse on détermine des douleurs de même que par la rotation du pied en dehors et en dedans, et par la compression directe, la marche est pénible, douloureuse; cependant le malade se promène encore dans la salle, en inclinant le bassin et le tronc du côté affecté. La douleur éprouvée dans la marche se fait sentir au niveau du grand trochanter et non dans l'articulation. C'est un point important à noter, sur lequel je m'appesantirai plus tard. Le décubitus se fait sur le côté gauche, quelquefois sur le dos, jamais sur le côté malade. Le membre est placé dans une position marquée par une légère abduction et le demi-quart de flexion.

Termination des épanchements sanguins.

Épanchements traumatiques. — Les hématomes traumatiques se terminent la plupart du temps par résolution, quand ils sont peu considérables, survenant chez un individu jeune, sans tare organique.

Chez un sujet d'un âge avancé, la résorption se fait lentement, ou pas du tout, lorsque le tissu cellulaire a été fortement contusionné, la collection sanguine notable.

Chez le blessé qui fait l'objet de la I^{re} observation (73 ans), rien n'a modifié l'épanchement sanguin quoi qu'on ait pu faire.

Plusieurs causes ont été également invoquées pour expliquer la non-résorption. On ne sait jusqu'à quel point, il faut incriminer la scrofule et le lymphatisme.

L'enkystement de la collection semble être une cause fréquente.

Le sang serait isolé par une sorte de coque fibreuse du tissu cellulaire, et du tissu conjonctif environnants, lesquels jouissent d'un grand pouvoir absorbant, comme l'a démontré W. Hunter,

dans ses recherches expérimentales sur la résorption des épanchements sanguins. (1).

Épanchements spontanés. — L'hémo-hygroma chronique se résorbe difficilement, car la surface interne de la séreuse se tapisse de couches fibrineuses périphériques, de néo-membranes vasculaires se rompant au moindre froissement et augmentant ainsi les dimensions de la tumeur.

Les révulsifs locaux, les injections irritantes demeurent sans grand résultat sur une tumeur à paroi dure, épaissie, parfois lardacée. (Obs. XVII).

Une intervention chirurgicale s'impose alors, mais il est prudent de n'y avoir recours qu'après avoir essayé les moyens thérapeutiques ordinaires.

Enfin, ces deux sortes d'épanchements peuvent suppurar, comme nous le verrons, en parlant du traitement des épanchements sanguins.

OBSERVATION V^e (2).

Hématome de la fesse; résolution.

Le nommé L. Émile, âgé de trente-sept ans, voiturier, entre à l'hôpital le lendemain d'une chute qu'il avait faite sur la fesse le 6 février 1875. Il existait sur la fesse droite, en dehors de l'ischion, sur la partie saillante de la fesse une tumeur molle, faussement fluctuante, dépressible et qui donnait la sensation d'une perte de substance. Ce malade est soumis au repos absolu et des cataplasmes sont maintenus en permanence sur la partie malade. Sous nos yeux, la

(1) Sem. méd. Année 1886, p. 293.

(2) A. Desprès. Chirurg. journalière.

tumeur est devenue fluctuante et un bourrelet dur se forme autour de la partie fluctuante. Le malade reste au lit et, traité de la même manière par les émollients, était entièrement guéri le 6 mars et sortait le 7 : total : vingt-neuf jours de maladie et traitement par le repos et les cataplasmes pendant tout ce temps. Cette dernière observation est celle qui donne le mieux le cours naturel des épanchements sanguins ou hématomes sous-cutanés.

M. Petrequin, après avoir discuté le diagnostic de manière à n'avoir pas le moindre doute sur le siège et la nature de cette tumeur, se décide à l'ouvrir avec un bistouri comme un simple abcès. Il pratique une incision de 2 centimètres environ, dirigée de haut en bas, de dedans en dehors, dans le sens de la direction des fibres supérieures du grand fessier.

Il en sort à peu près 30 à 40 gr. d'un pus séreux mallié. La paroi de la bourse muqueuse est épaissie ; sa face interne, blanche, tomenteuse, veloutée, présente çà et là des espèces de mamelons gris blanchâtres. Des bourdonnets de charpie sont introduits dans le foyer pour y déterminer une inflammation adhésive. On voit bientôt apparaître une légère réaction, un pus crémeux de bonne nature. On tonifie le malade en lui faisant prendre des amères, du vin de Bordeaux, des médicaments analeptiques tirés du règne animal. Le malade un peu affaibli après l'ouverture de la tumeur, reprend des forces et un teint rosé ; la plaie, de blafarde qu'elle était les premiers jours, devient rouge vermeille ; bientôt les bords se rapprochent, la cicatrice gagne le centre et permet au malade de sortir de l'Hôtel-Dieu un mois et demi après son entrée, quarante jours après l'ouverture de la tumeur. Pendant tout ce temps il a gardé le repos le plus absolu. A sa sortie, tous les mouvements de l'articulation s'exécutent très bien, sans la moindre douleur : il ne reste qu'un peu de pesanteur, de gêne dans la marche. Un mois et demi après l'avoir perdu de vue, je l'ai rencontré à la visite gratuite, où il venait réclamer des secours pour se guérir d'une fièvre intermittente quotidienne ; j'ai pu voir alors qu'il était complètement guéri ; il m'a, du reste, assuré avoir repris son travail, huit jours après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VI.

Suppuration de la bourse séreuse du grand trochanter simulant la coxalgie (1).

Il n'est pas rare de voir la suppuration de la séreuse du grand trochanter, avons-nous dit, en imposer pour une coxalgie.

G. S..., garçon un peu strumeux, âgé de 16 ans, né dans l'Inde, fils d'un officier de l'armée de l'Inde, au mois de mars dernier, en s'amusant à la balançoire avec ses frères, fut violemment heurté à la hanche gauche par l'extrémité de la planche sur laquelle il s'était balancé. Le lendemain matin, il se plaignit d'une douleur au niveau de la plaie contuse, et je fus appelé pour le voir. Je trouvai la hanche légèrement gonflée au niveau du grand trochanter, chaude et douloureuse à la pression; la marche déterminait de la douleur. Pas de troubles généraux. Je prescrivis le repos et des fomentations. Le traitement fut continué pendant une semaine, sans autre résultat que la diminution de la douleur. Le gonflement de la région trochantérienne semblait plutôt avoir augmenté.

Il s'étendait plus bas du côté de la cuisse, en devenant plus empâté au toucher. L'aîne aussi était devenue légèrement gonflée, et, il y avait une certaine gêne dans l'articulation.

Prescription : Repos complet dans la position horizontale, vésicatoires répétés au niveau et autour du grand trochanter. Le cautère actuel avait été récusé. Sirop de phosphate de fer, et iodure de potassium, et huile de foie de morue à l'intérieur. Ce traitement fut suivi, au bout d'un mois, de l'application sur toute la hanche de teinture d'iode composée.

6 mai. — Ces moyens n'ont pas donné de bons résultats; à cette époque, l'affection simulait, à un degré marqué, la première période de la coxalgie. La cuisse était légèrement fléchie sur le bassin, le genou dans l'abduction. Le membre inférieur atteint d'une émaciation générale, présentait un allongement apparent marqué. En

(1) Robert Macnab, *The Lancet*, 12 nov. 1870.

comparant les 2 hanches au tronc, on trouvait que la convexité de la hanche gauche était aplatie. Le grand trochanter du même côté était plus saillant, plus arrondi et plus bas que celui du côté opposé. Impossible de peser sur le membre malade ; à la moindre tentative dans ce sens, l'enfant accuse des douleurs, non pas dans la jointure, mais au grand trochanter, et à la partie supérieure de la cuisse. Pas de douleur à la pression sur la tête du fémur, pas plus qu'en poussant brusquement le talon ou le genou du côté de l'articulation de la hanche. Je redressai le membre avec l'aide du chloroforme, et j'appliquai une longue attelle ; je ne fis pas d'extension. L'attelle fut maintenue dans sa position, en plaçant son extrémité inférieure entre 2 pièces de fer verticales fixées sur une large plaque horizontale.

1^{er} juillet. — La santé générale du malade commence à s'affecter. L'attelle est retirée depuis une semaine, après être restée appliquée plus de 6 semaines. — Pas d'amélioration appréciable. Le gonflement de la région trochantérienne n'a pas diminué. L'allongement apparent, avec immobilité complète du membre sur le bassin persiste.

Pas de douleur dans la jointure à la percussion du talon.

Prescription. — Séjour sur le bord de la mer, avec attelle épaisse en cuir, ouverte au niveau du grand trochanter, appliquée avec soin avant le départ.

J'avoue que je pris alors l'affection, comme le fit du reste un médecin qui vit le malade avec moi, pour un cas bien marqué de coxalgie, qui aurait débuté par une inflammation périostique du trochanter, se terminant par une carie, par nécrose ; et le mauvais état de la santé générale, gravement atteinte, inspirait sérieusement des doutes au sujet de la guérison définitive.

Le 12. — Je fus appelé tout-à-coup pour voir mon malade, dont je n'avais pas eu de nouvelles depuis mon départ. J'appris que l'attelle en cuir avait été retirée deux ou trois semaines après son arrivée ; qu'il était graduellement arrivé à marcher avec des béquilles ; que, trois jours avant ma visite, après une marche plus longue que d'habitude, la tumeur de la hanche était tout-à-coup devenue excessivement douloureuse, qu'elle avait rapidement augmenté d'étendue, et enfin qu'elle s'était ouverte, donnant issue à une grande quantité de pus.

A l'examen, je trouvais une ouverture circulaire du diamètre d'un Schelling environ en travers de laquelle sortaient des fongosités mollasses. L'aspect de ces excroissances avait fort alarmé la mère qui m'avait fait appeler. La sonde ne découvrait pas d'os carié, mais le doigt pouvait être introduit en bas de l'os jusque dans une cavité considérable, s'étendant tout autour du grand trochanter, et s'enfonçant profondément en arrière du fémur. On sentait distinctement dans la cavité le tendon du grand fessier. Je fus frappé d'une amélioration considérable de la santé générale du malade. Le membre affecté pouvait être déplacé librement, sans causer la plus légère douleur, et comme je demandais à l'enfant s'il pouvait marcher sans ses béquilles, il s'en débarrassa immédiatement et se mit à marcher rapidement à travers le jardin, en boitant excessivement peu.

Prescription : Injection d'acide phénique dans la cavité, trois fois par jour. Pansement de la plaie extérieure avec la même substance, prolonger le séjour au bord de la mer.

10 octobre. — J'ai vu le malade aujourd'hui, il est revenu depuis une semaine.

La plaie du pied a beaucoup diminué d'étendue : granulations saines, peu d'écoulement. — Mouvement du membre parfait ; il reste seulement une légère claudication dans la marche. Je lui conseillai de continuer un peu plus longtemps l'usage des béquilles.

OBSERVATION VII (1).

Chaylus (Jean), 51 ans, marchand de fer, a toujours joui d'une parfaite santé et présente l'apparence d'une bonne constitution. Il s'aperçut, il y a cinq mois environ, de l'apparition d'une grosseur à la partie supérieure externe de la cuisse droite, dans le point correspondant à la saillie du grand trochanter. La tumeur avait paru sans aucune cause appréciable ; il n'avait point reçu de coup, n'avait point fait de chute sur la région trochantérienne. La tumeur continuant à prendre du volume, il se décida à entrer à l'hôpital. Le mal siège à la partie externe et supérieure de la cuisse, un peu en arrière du

(1) Arch. gén. de méd. An. 1853, 2^e série.

grand trochanter, où l'os iliaque, dans l'étendue de 2 centimètres environ ; à son extrémité inférieure, elle descend assez loin, au-dessous du pli de la fesse ; ses limites en avant, dépassent le bord antérieur de l'os iliaque dans une étendue d'environ 2 centimètres ; pas d'altération de la peau. La tumeur donne une fluctuation très évidente. La fluctuation paraît superficielle, cependant, lorsque l'on commande l'exécution des mouvements propres à faire contracter le muscle *fascia lata*, il est facile de reconnaître que la tumeur est recouverte par ce muscle et par son aponévrose. La partie malade n'est douloureuse au toucher que dans un point correspondant au bord supérieur du grand trochanter, point sur lequel une pression forte cause de la douleur. L'enveloppe qui renferme le liquide présente une résistance plus marquée vers sa moitié postérieure.

Après avoir étudié, à plusieurs reprises, les caractères de cette vaste collection, et tout en reconnaissant qu'elle occupait le siège ordinaire de la bourse sous-aponévrotique trochantérienne, je pensai qu'à raison de son volume considérable et de la sensation douloureuse qu'on développait par la pression sur un seul des points du grand trochanter, il y avait lieu à diagnostiquer *un abcès froid dépendant d'une carie ou d'une nécrose circonscrite*.

Ouvrir une collection aussi vaste sans en avoir préalablement réduit les dimensions par des évacuations graduelles, c'était aller au-devant de tous les dangers qui accompagnent la mise à découvert de grande surfaces sereuses, c'est-à-dire les suppurations abondantes, la fièvre, les accidents collicatifs ou les réactions viscérales, qu'on observe en pareil cas. Abandonner la tumeur à elle-même et à l'accroissement incessant qu'elle présentait n'était pas proposable, je résolus de vider par ponction la tumeur aussi complètement que possible et d'y injecter de l'iode.

Je fis une ponction avec un trois-quarts à hydrocèle d'un bon volume (je n'avais pas sous la main, en ce moment, le trois-quarts fenêtré dont je fais constamment usage.) Quel fut notre étonnement lorsque nous vîmes que la canule, tout en se mouvant avec facilité, dans tous les sens, à l'intérieur de la cavité, ce qui annonçait la présence d'un liquide, ne donna issue à aucun corps, ni sérosité, ni pus, ni même une goutte de sang !

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

L'hématome traumatique se reconnaît au développement rapide d'une tumeur faussement fluctuante, là où il existe une bourse séreuse, à crépitation fine comme de l'amidon froissé entre les doigts, à des ecchymoses dans le voisinage.

Si l'épanchement est dans la bourse séreuse sous-cutanée, elle peut présenter un volume variable, quelquefois même considérable, à cause de l'infiltration dans le tissu cellulaire très abondant. Elle est largement ovale à sa base, ne subit aucune modification par la flexion ou l'extension du membre.

Si l'épanchement se fait dans la bourse sous-aponévrotique, la tumeur est elliptique, à diamètre dirigé dans le sens de l'axe du membre; cette tumeur est saillante dans la flexion de la cuisse, l'extension sur le bassin, elle s'aplatit au contraire pendant la flexion. La crépitation est difficile à percevoir, on sent plutôt une sorte de fluctuation sous enveloppes épaisses (Nicaise.)

C'est ici qu'on distingue le *Coup de hache* de Chas-saignac. Il consiste en une dépression, au côté externe

et supérieur du grand trochanter, dirigée obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, et marquant nettement la limite de la bourse distendue. *Ce coup de hache* ne se rencontre pas dans les collections anciennes et vastes.

De plus les épanchements sanguins dans la bourse trochantérienne ne paraissent pas diminuer considérablement à la suite d'évacuations successives.

L'attitude du malade est frappante. Le sujet évite de se coucher sur le côté affecté, se met plus volontiers sur le côté sain, habituellement c'est le decubitus dorsal qu'il préfère. pour éviter les fortes douleurs qui résulteraient infailliblement dans le decubitus latéral, le grand trochanter étant le point le plus saillant et supportant par conséquent une grande partie du poids du corps.

C'est encore pour éviter le froissement, la compression de la bourse séreuse qu'instinctivement le sujet met le membre entre une légère abduction et le demi-quart de flexion. Dans la marche également il incline fortement le bassin pour éviter autant que possible la contraction du grand fessier.

Troubles fonctionnels. — La marche est toujours possible quoique gênée et offrant les caractères indiqués plus haut. Le malade peut porter son membre dans l'extension et l'abduction sans éprouver de douleurs ; la flexion et l'abduction forcées le font au contraire vivement souffrir.

Hématomes spontanés. — Ils ne peuvent être que soupçonnés, néanmoins le chirurgien y songera si le malade est albuminurique, s'il présente une affection cardiaque, s'il est sous l'influence d'une intoxication quelconque : fièvre, typhus, purpura, syphilis, alcoolisme.

Ils peuvent être démontrés par la ponction exploratrice. Celle-ci devra être faite avec les précautions antiseptiques.

Diagnostic différentiel.

Les épanchements séreux seront reconnus par leur traumatisme (pression ou choc), qui s'exerce, en général, obliquement. La tumeur est établie, sa répletion incomplète, elle est tremblotante à l'œil et au toucher. La dépression de la paroi externe permet d'arriver sur son fond.

OBSERVATION VIII.

Le nommé Faureille (Claude), âgé de 52 ans, peintre en bâtiments, entra à l'Hôtel-Dieu, le 23 décembre 1844, salle Saint-Côme, N° 18.

Dix-huit mois auparavant, cet homme s'était luxé la cuisse gauche avec fracture du fémur du même côté, vers le milieu de sa longueur. La fracture avait empêché de réduire la luxation, puis elle s'était consolidée, sans qu'alors ni depuis on eût pu parvenir à replacer la tête de l'os dans la cavité cotyloïde.

Le 22 décembre 1844, cet homme fit une chute sur les marches d'un escalier et se fractura de nouveau la cuisse gauche près du même point où avait eu lieu l'ancienne fracture.

Le raccourcissement était de quatre travers de doigt : on sentait très bien la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, un peu au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde. On appliqua sur la cuisse fracturée l'appareil ordinaire, et au bout de cinquante-six jours, la consolidation fut obtenue. Le raccourcissement du membre resta toujours ce qu'il était, c'est-à-dire de près de quatre travers de doigt.

Le malade était sur le point de sortir de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il se plaignit d'une tumeur globuleuse du volume d'un petit œuf de poule, et qui siégeait à la fesse gauche. Je diagnostiquai un hygroma de la bourse synoviale placée entre le grand fessier et la tubérosité sciatique.

Le 20 mars, je pratiquai une ponction qui donna issue à une sérosité légèrement rougeâtre. Cette ponction fut faite au moyen

d'une lancette, dans la crainte qu'en employant le trois-quarts et à raison du coup sec qu'on est obligé de donner pour faire pénétrer cet instrument, il n'allât en traversant de part en part la collection, s'implanter dans la tubérosité sciatique. Une injection fut ensuite pratiquée avec la teinture d'iode, et l'ouverture exactement fermée.

L'inflammation se développa sans déterminer la résorption du nouveau produit épanché dans le kyste. Je prescrivis alors des frictions sur la tumeur, avec pommade hydrarydrique 30 grammes, chlorhydrate d'ammoniaque 8 grammes.

Il survint une salivation mercurielle qui céda aux gargarismes avec le borax.

Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, le 6 juin 1845.

On n'aura pas dans les épanchements séreux d'ecchymose, ni de crépitation. Nous avons vu notre Maître M. Duret, tout rompu qu'il est au diagnostic, prendre pour un lipome un hygroma développé aux dépens de la bourse séreuse sous-cutanée.

Voici cette observation très intéressante. Nous l'avons prise ou jour le jour, donné une description détaillée de la tumeur après son ablation, — une figure montre les particularités qu'elle présente. — M. Toison, Professeur, a bien voulu en faire un examen histologique, nous l'en remercions.

OBSERVATION IX.

Hygroma de la bourse séreuse trochantérienne. — Extirpation. — Guérison. (Obs. personnelle).

La nommée Hortense, célibataire, 32 ans, est entrée dans le service de M. Duret, le 26 mars 1888 pour une vaste tumeur à la région trochantérienne droite.

Les parents sont bien portants, sa mère a eu 15 enfants, 6 encore vivants.

Elle a perdu d'un froid et d'un chaud une sœur à l'âge de 29 ans, un frère à l'âge de 24 ans ; une de ses sœurs serait morte à l'âge de

17 ans, d'un saisissement ayant déterminé la suppression brusque de ses règles.

Enfin, un de ses frères serait mort à 4 mois d'une maladie d'enfant ??

Quant aux autres elle ne les a pas connus.

Elle a toujours joui d'une santé assez bonne, a eu dans son enfance des adénites suppurées de l'aisselle droite et du cou (côté gauche) adénites de nature probablement strumeuses.

Depuis 7 à 8 ans elle souffre par moment d'un rhumatisme musculaire sans retentissement sur le cœur. Les menstrues sont régulières. Elle fait remonter le début de sa tumeur à 18 mois. Aucune cause ne pourrait être incriminée, elle a été bien durant 15 ans en service obligée dès lors à porter des fardeaux parfois pesants, il y 4 ans elle fit une chute sur le côté (elle ne sait lequel) mais elle pense que ce n'est pas à cela qu'il faut attribuer la cause de sa grosseur, pas plus qu'au décubitus latéral droit qu'elle gardait pendant son sommeil. — Quoi qu'il en soit, la tumeur, au début, était de l'étendue de la moitié de la paume de la main d'un adulte, aplatie, plus gênante que douloureuse, des badigeonnages à la teinture d'iode restèrent sans effet.

Etat général satisfaisant.

A la région trochantérienne droite, sur le bord externe de la cuisse existe une énorme tumeur du volume d'une tête de fœtus ou plus exactement de deux poings d'adulte, sans rougeur ni coloration.

Pas de chaleur, ni de douleur, la tumeur est nettement circonscrite, avec les deux mains mises à plat on parvient à la limiter assez facilement. On ne lui sent pas de pédicule, ne semble pas adhérente à la peau elle-même mais est de connexion avec le tissu adipeux sous-cutané. Par la pression la plus minutieuse on ne peut sentir le grand trochanter.

Il n'y a pas de fluctuation ni de rénitence, la consistance est celle d'un lipome mou. En aucun point on ne trouve de noyaux durs. Cependant la forme si régulière de la tumeur peut faire penser à un kyste dermoïde, mais la consistance ne permet pas de s'arrêter d'une manière absolue à cette hypothèse.

La percussion donne une matité uniforme. Lorsqu'on saisit la tumeur à pleines mains elle paraît mobile transversalement, et glisse un peu sur les parties profondes. Elle se déplace plus difficilement dans le sens vertical. — La tumeur a 19 cent. dans le diamètre horizontal, 17 cent. dans le diamètre vertical.

Signes fonctionnels, rien du côté de l'articulation coxo-fémorale, sauf un peu de gêne parfois, rien du côté de la colonne vertébrale.

Le diagnostic probable est celui de lipome, mais on s'expliquera tout à l'heure cette erreur en remarquant qu'au moment de l'opération la poche était revêtue de toutes parts d'une couche adipeuse de plusieurs centimètres d'épaisseur.

La malade étant chloroformisée, le chirurgien fait passer une longue incision à convexité postérieure commençant à 4 travers de doigt au-dessus de la région du trochanter et finissant à la même distance au-dessous. Il traverse avec son instrument tranchant un tissu adipeux sous-cutané d'une épaisseur de 2 à 3 cent., puis dans un point où le tissu graisseux se détache facilement il commence à disséquer la surface cutanée de la tumeur, celle-ci est constituée par un tissu fibro-lamelleux entremêlé de pelotons adipeux qui devient abondant surtout vers la périphérie de la poche. Il est obligé dans ce point de traverser un peu le tissu adipeux lui-même, et arrive ainsi à dégager un vaste lambeau à convexité postérieure, puis il s'occupe maintenant à dégager le tiers postérieur de la surface externe de la poche, et c'est en ce moment qu'en donnant un coup de bistouri plus rapide, il fait à la paroi de la poche une ouverture d'un centimètre environ, il s'écoula un jet de liquide absolument citrin. — On évalue à environ un verre la quantité de liquide qui sortit ainsi de la poche.

L'opérateur continue pendant quelques temps de dégager la face externe, puis il agrandit l'ouverture faite à la poche et y introduit deux doigts (index et médus) d'une part à l'intérieur de la poche et le pouce d'autre part, il se guide sur les doigts index et médus situés à l'intérieur de la poche et soulevant la paroi pour la séparer complètement des parties environnantes. Bientôt la poche ne tient plus que par sa face profonde. En l'attirant un peu à soi on la sépare facilement

de la face externe du grand trochanter et du tissu fibreux qui recouvre cet os de l'aponévrose du fascia lata. Il semble qu'à sa face profonde la poche soit en connexion avec un tissu cellulaire très lâche et plus facile à disséquer.

L'opération est dès lors terminée. On lave la poche antiseptiquement, on met 2 drains, et on réunit par une vingtaine de points de suture au crin de Florence, pansement de Lister, compression avec une épaisse couche d'ouate, un spica de laine bien appliqué.

Examen de la pièce. — Elle est constituée par une poche ovalaire à grand diamètre vertical : elle mesure dans un sens 17 cent. environ et dans l'autre 9 à 10 cent. L'épaisseur est de 6 à 7 centim. environ si l'on suppose la poche pleine. La paroi externe de cette poche est formée par un tissu fibro-lamelleux à la circonférence. On constate de gros lobules adipeux de formes diverses simulant assez bien les lobules du mésentère au voisinage du gros intestin.

Quelques-uns de ces lobules paraissent constitués par une graisse plus dense ayant une consistance fibro-stéateuse. La face profonde de la poche est presque exclusivement fibro-lamelleuse, plus lisse et ne présente pour ainsi dire pas de lobules adipeux. Sur la surface sous-cutanée, il existe quelques lobules adipeux aplatis.

La poche étant ouverte, on constate à sa face interne des masses d'un tissu d'aspect fibrineux et filamenteux, qui se laisse déchirer assez facilement. Quelques-uns de ces blocs sont libres dans la cavité : leur consistance ne ressemble pas à celle des masses stéatomateuses ou suiffeuses des kystes sébacés ou dermoïdes, elle est filamenteuse et simule assez bien des paquets d'étoupe fine, entremêlés de fibrine. Il est facile de décoller sur toute la surface interne de la poche une membrane de consistance pâteuse se déchirant comme une pâte molle et qui vraisemblablement est constituée par la fibrine.

Au dessous de cette membrane fibreuse on constate que la paroi est lisse et comme séreuse.

En une région de cette poche correspondant à peu près à la partie moyenne de la paroi externe existe un cordon arrondi de 5 à 6 cent. de long, et d'un diamètre de 2 à 3 mm. qui s'y insère.

C'est probablement un vaisseau ou un cordon fibreux. On fait la

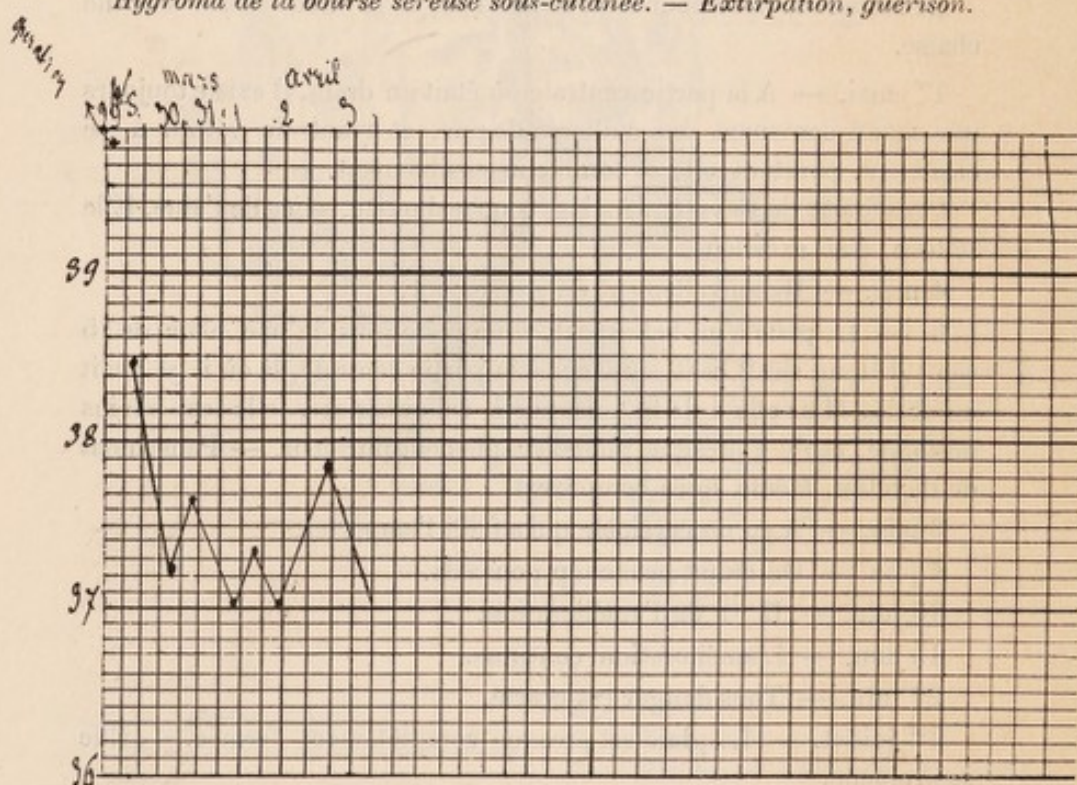
section transverse, mais on ne peut distinguer à l'œil ni aucune lumière.

On prend une portion de la poche au niveau de la paroi postérieure, pour en faire l'examen histologique que nous reproduisons à la fin de cette observation.

6 avril. — M. Duret enlève les point de suture, fait une antiseptie rigoureuse, met 2 bandes collodionnées en forme de croix de St-André dans le but de rapprocher les lèvres de la plaie, la saupoudre d'iodoforme, remet les 2 drains, puis plusieurs bandes de tarlatane phéniquée, une couche d'ouate épaisse maintient le tout à l'aide d'un spica de l'aine.

État satisfaisant.

Hygroma de la bourse séreuse sous-cutanée. — Extirpation, guérison.



9 avril. — Réunion par 1^{re} intention, sauf la place des deux drains.

On met encore la gaze collodionnée, la poudre d'iodoforme, des bandes de tarlatane et un spica de laine. On retire les drains, état satisfaisant.

17 avril. — Même pansement au diachylon pour rapprocher les lèvres de la plaie, les bandelettes au diachylon sont disposées en sautoir ou pour mieux dire en croix St-André.

22. — Même pansement au diachylon, la cicatrisation se fait bien, la partie centrale, elle, se réunit plus lentement.

24. — Jusqu'ici l'état de l'opérée est très satisfaisant, tous les organes fonctionnent bien. Diachylon.

26. — Renouvellement du pansement.

28. Le pansement de Baynton ou diachylon imbriqué est renouvelé. Au point central où était appliqué un des deux drains se trouve une cavité de 2 cent. de diamètre environ d'où sort une cuillerée de pus.

La malade se lève pour la première fois, et se tient assise sur une chaise.

1^{er} mai. — A la partie centrale où était un drain, il existe toujours une cavité contenant une cuillerée de pus, et ayant du retard à se cicatriser, pourtant elle se comble insensiblement.

Pansement de Baynton, épaisse couche d'ouate, spica de l'aine. Elle se lève, état excellent.

4 mai. — Renouvellement du pansement.

6. — La plaie a un bel aspect, il ne reste plus qu'une plaie de 5 cent. de long sur 2 cent. de large à la partie centrale, là où il y avait un drain. Mais elle a de la tendance à se cicatriser, elle est moins profonde, il n'y a presque plus d'écoulement purulent. — Pansement de Baynton. Même spica compressif.

3 juin. — A eu un érysipèle qui a failli l'emporter.

4 juin. — On craint beaucoup pour elle.

10 juin. — Il y a de l'amélioration.

15 juin. — L'amélioration continue.

27 juin. — Tous danger est écarté.

1^{er} juillet. — La plaie est presque complètement fermée. — Elle se promène.

Examen histologique. — La tumeur kystique en a été coupée en

fragments et mise dans l'alcool à 92°, huit heures après l'ablation, le 29 mars 1888.



FIG. II.

L L L. — Lobules adipeux.

L' L' L'. — Lobules fibro-stéatomateux

A. — Face externe de la poche.

B. — Face interne.

C. — Cordon fibreux.

F. — Membrane fibrineuse en partie décollée.

Les coupes pratiquées après durcissement, ont été colorées soit au

violet de gentiane, soit au picro-carminate d'ammoniaque et montées dans le baume de Canada sec dissous dans le xylol.

Les parois de la poche sont formées par une série de couches qui se succèdent avec des transitions ménagées.

La surface interne est irrégulière, et présente des ondulations artificielles dues au plissement de la poche après évacuation du contenu et à l'action de l'alcool.

La couche la plus interne est formée par une substance vaguement striée et réticulée, demeurant incolore par le violet de gentiane et ne contenant pas d'éléments histologiques. Il s'agit là d'un coagulum albumino-fibrineux, déposé à la face interne du kyste.

La couche suivante, beaucoup plus épaisse, est formée par du tissu conjonctif jeune, reconnaissable à des éléments pourvus de noyaux fusiformes infiltrées, et présente un nombre assez considérable de cellules lymphatiques dans son épaisseur.

Cette couche ne présente aucune artériole.

La troisième couche est formée de tissu conjonctif à peu près adulte, présentant ses faisceaux conjonctifs, laissant voir les noyaux des cellules plates appliquées à la surface des faisceaux; dans cette couche, l'infiltration lymphoïde est notablement moindre que dans la précédente, et affecte une répartition inégale, en îlots.

La partie la plus externe de cette couche, ne contient presque plus de cellules lymphatiques; mais elle possède des vaisseaux extrêmement nombreux, ce sont des artérioles dont la structure est à peu près normale: des veinules ou des capillaires notablement dilatés.

La zone la plus externe de la formation kystique est formée par du tissu conjonctif adipeux, normal en tous points, excepté en ce que ces vaisseaux sont entourés d'une quantité notable de cellules lymphatiques. Il en résulte dans ce tissu adipeux nombre d'îlots à contours irréguliers, colorés en violet par le violet de gentiane.

Le contenu du kyste n'a pu être examiné au microscope, puisque la tumeur est arrivée au laboratoire déjà dans l'alcool.

Notons qu'en aucun point de la surface interne nous n'avons rencontré du revêtement épithélial.

De cet examen, résulte que nous avons affaire à une formation kystique dont les parois présentent des phénomènes d'inflammation

chronique relativement ancienne, mais à laquelle se sont surajoutées des poussées subaiguës. »

Bien qu'aucune raison n'empêche de songer à un processus siègeant dans la bourse séreuse sous-cutanée de la région trochantérienne, aucun fait histologique non plus n'en permet l'affirmation.

Pourtant, étant donné la topographie de la région, il n'est pas impossible que la séreuse sous-cutanée ait été prise.

D'autant plus que si on ne trouve pas de couche endothéliale ou épithéliale au moment de l'examen, l'aspect fasciculé des couches externes est celui que revêt d'ordinaire, les feuillets des enveloppes cavitaires.

Du reste, cliniquement, il n'y a pas de doute.

OBSERVATION X^e.

Tumeur de la bourse trochantérienne gauche du grand fessier, datant de trois ans. (1)

Bedoil, Jeanne, 55 ans, tailleuse, d'une bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle St-Paul, le 4 janvier 1856. Elle y est amenée par les suites d'une chute qu'elle a faite de sa hauteur sur la hanche du côté gauche. Elle accuse des douleurs dans la cuisse qui se dissipent au bout de quelques jours. En l'examinant à son entrée, pour m'assurer s'il n'y avait pas de fracture, j'ai observé au niveau du grand trochanter une tumeur sur laquelle la malade, très intelligente, me donne les renseignements suivants :

Il y a trois ans environ, je reçus sur la hanche un coup de pied d'un bœuf. Après avoir été renversée par lui, je perdis connaissance ; on fut obligé de m'emporter chez moi. A mon réveil, j'éprouvai un peu de douleur dans la hanche ; bientôt ces douleurs augmentèrent et furent accompagnées d'une tuméfaction noirâtre de toute la partie externe et postérieure de la cuisse. Au bout de quelques jours, je vis ma cuisse, de noirâtre qu'elle était, devenir jaunâtre, puis tout dispa-

(1) Thèse de Paris, Game 1846.

rut au bout d'un mois par la simple application de cataplasmes émollients. Je croyais être complètement guérie, lorsque, essayant de marcher, je découvris la tumeur que vous voyez aujourd'hui. Après avoir alternativement augmenté et diminué de volume, elle est restée stationnaire depuis un an.

Ce n'est qu'au bout de 40 jours que j'ai pu marcher. Depuis mon accident, je n'ai jamais pu reposer le côté gauche sur une chaise sans éprouver des douleurs qui me forcent toujours à changer de position. Pendant les six premiers mois, j'ai éprouvé un sentiment de froid dans toute la cuisse; il reparait encore de temps en temps, il y a dix-huit mois que j'ai ressenti des fourmillements, parfois des douleurs assez vives s'étendant jusqu'au pied; j'ai alors appliqué sur mon emplâtre de la térébenthine qui a fait disparaître ce malaise en six semaines. Il a reparu plusieurs fois depuis, mais il n'a duré que quelques jours.

Après avoir recueilli ces renseignements, je procédai à l'examen de la douleur. Je la trouvai ovoïde; elle avait 4 centimètres environ de hauteur et 2 1/2 de largeur. Elle était située entre la face postérieure du grand trochanter et l'ischion, molle, fluctuante, sans adhérence à la peau; elle formait une saillie assez prononcée à l'extérieur.

Quoique indolente depuis huit mois, la pression y réveille cependant quelques douleurs; si on fléchit fortement la cuisse, on voit la tumeur s'aplatir d'avant en arrière d'une manière très sensible.

Je fais lever la malade; elle marche devant moi en inclinant fortement à gauche le bassin et tout le tronc.

Elle m'assure qu'elle ne peut marcher que très peu de temps, qu'elle est immédiatement fatiguée, et obligée de s'arrêter dans ses courses, à cause de la douleur qu'elle éprouve. La malade s'étant mise au lit, je la vis se coucher sur le côté droit; je l'interroge alors et lui demande si elle ne peut pas se coucher sur le dos et le côté gauche; elle me dit qu'elle repose constamment sur le côté droit, quelquefois sur le dos, jamais sur le côté gauche.

Je l'ai observé pendant 15 jours, et je l'ai constamment vue garder cette position (la cuisse est légèrement fléchie et portée dans l'abduction). La tumeur étant très ancienne et ne pouvant céder à des moyens topiques, la malade redoutant, du reste, toute opération, sort de l'Hôtel-Dieu sans permettre qu'on touche à son mal.

Les hématomes sous-cutanés ne doivent pas être confondus avec les épanchements dans les bourses trochantériennes.

OBSERVATION XI.

Hématome sous-cutané de la région fessière, vésicatoires. — Guérison.

Le nommé A. Désiré, âgé de 59 ans, avait fait, il y avait vingt jours, une chute sur le côté gauche, de telle façon que le grand trochanter avait porté sur le macadam, ainsi que la face interne de la cuisse ; une vaste ecchymose avait d'abord existé, et le malade n'en avait pas moins continué à travailler ; mais la douleur ne cessant pas, il est entré à l'hôpital le 4 mars 1876, baraque n° 3.

On constate sur la région fessière, entre la saillie du grand trochanter et l'ischion, une tumeur du volume d'une tête d'enfant manifestement fluctuante, et sur les limites de cette tumeur on sent de tout côté un bourrelet dur, épais, sur lequel la pression est un peu douloureuse, la peau amincie sur le point fluctuant ne présente plus de trace d'ecchymose ; l'état général était assez bon, mais il n'y avait pas de fièvre, quoique la tumeur fut chaude et douloureuse.

M. Desprès diagnostique un hématome menaçant de suppurer, le malade est mis dans un grand bain, on applique ensuite des cataplasmes de farine de graine de lin sur la tumeur et l'on comprime légèrement avec un bandage de corps serré autour du bassin.

Le 18, vésicatoire volant sur la partie fluctuante ; cataplasmes.

Le 22 la tumeur a diminué de moitié, le bourrelet est moins dur et les douleurs ont disparu presque entièrement, le malade veut se lever, mais M. Desprès lui ordonne le repos au lit.

Le 30, nouveau vésicatoire volant.

Les jours suivants, la tumeur diminue sous nos yeux, cataplasmes et compression par dessus.

Le 20 avril, nouveau vésicatoire : la tumeur, à la suite de cette nouvelle application de révulsif, diminue sensiblement, et c'est surtout sur le bourrelet périphérique que porte la diminution. A ce moment, le malade qui avait pris froid dans les baraques de l'hôpital, a eu un abcès de l'amygdale qui a duré cinq jours.

Le 31, la tumeur est à peine fluctuante, elle a à peine le volume d'une moitié de mandarine. Un dernier vésicatoire grand comme une pièce de cinq francs est appliqué.

Le 15 mai, le malade qui n'a plus qu'une induration à peine marquée à la place de la tumeur, part pour Vincennes ; il se levait depuis une semaine et se trouvait très bien.

OBSERVATION XII.

Hématome séro-sanguin ; hydrocèle traumatique. (1)

Le nommé N. Alfred, âgé de 42 ans, journalier, chute sur le dos et la fesse ; huit jours avant son entrée à l'hôpital, le 17 août 1875, il existait sur la ligne médiane, en arrière, à la région sacrée, une tumeur fluctuante, molle, sans changement de coloration à la peau, et cette tumeur avait une forme de quadrilatère à angles arrondis, il n'y avait point de bourrelet très dur à la base de la tumeur.

Il y avait une ecchymose en voie de résolution sur la fesse.

Le malade est mis au bain et conserve le repos. Le 20, un grand vésicatoire recouvre la tumeur.

A partir de ce moment, la tumeur est pansée avec un cataplasme serré autour du corps et la résolution complète est obtenue le 10 septembre 1876.

Le malade sort guéri le 13 septembre, sans aucune complication. Total : trente-cinq jours de maladie, vingt-cinq jours de traitement sans sentir cette crépitation fibrineuse dont nous avons parlé. De plus, la fluctuation y est très nette : fréquemment l'ecchymose y est peu étendue. (Morel-Lavallée.)

Les épanchements sanguins sous-cutanés se reconnaîtront à la rapidité de leur formation, à la crépitation fibrineuse. Ils n'ont pas la forme nettement limitée comme lorsque l'hématome siège dans la séreuse sous-cutanée, c'est-à-dire à base large-

(1) A. Després, chirurg. journalier.

ment ovalaire ; ou ellyptique , à diamètre parallèle à l'axe du membre , si c'est la séreuse trochantérienne qui est en cause.

Hygromas des bourses trochantériennes. — Ici, le diagnostic est difficile, lorsqu'il s'agit des hygromas chroniques. Le malade dit pourtant que sa tumeur s'est développée insensiblement, à la suite d'un traumatisme éloigné de la région trochantérienne qui l'a obligé à s'aliter, et à appliquer des antiphlogistiques sur l'endroit endolori. Grâce à cette médication la douleur a cessé, il a pu vaquer à ses occupations.

Avec abcès froids. — Il est essentiel d'examiner soigneusement l'articulation coxo-fémorale au point de vue des troubles fonctionnels. La constitution, les commémoratifs du sujet, la durée de la maladie, la douleur siégeant d'abord au pli de l'aîne et s'irradiant à la partie interne des cuisses feront penser à une affection articulaire.

Le coxalgique recherche la position demi-fléchie de la cuisse. La marche est très douloureuse sinon impossible. Les mouvements imprimés à l'articulation sont également douloureux.

La cuisse et, par suite, la jambe sont dans l'abduction et la rotation en dehors, puis à la dernière période, dans l'adduction et la flexion.

Rechercher soigneusement la ligne Roser-Nélaton et juger de la situation du grand trochanter, par rapport à cette ligne.

Nous recommandons également d'explorer avec soin la colonne vertébrale, les côtes, de rechercher s'il n'y a point de carie pouvant être la cause des abcès par congestion. Dans le mal de Pott, en particulier, le pus, comme on le sait, suit la gaine du psoas, vient faire saillie au pli de l'aîne correspondant, pour s'étendre vers le petit trochanter et fuser tardivement dans les tissus environnants.

Il est rare que dans les abcès par conjection la tumeur occupe exactement la position des bourses séreuses trochan-

tériennes, et prennent les formes sur lesquelles nous avons insisté.

En résumé, si après une chute sur le grand trochanter, une tumeur survient brusquement, accompagnée d'ecchymose, on est en droit de penser à un épanchement sanguin. Si la tumeur survient sans cause connue, si elle est récente, tremblotante et ne présente pas de crépitation, si le sujet qui en est porteur est de bonne constitution, qu'il n'a jamais eu de dépôt purulent, on peut penser à un épanchement séreux.

Enfin si le sujet est faible, lymphatique, scrofuleux, et que la tumeur a apparu sans violence extérieure, si elle est ancienne, si elle a causé plusieurs fois des douleurs, s'il y a fièvre, nous croyons qu'on peut penser à un épanchement purulent.

Lipomes. — Ils sont fréquents, à cause de l'abondance du tissu cellulaire dans la région trochantérienne, surtout chez la femme. On les reconnaîtra à une rénitence, à une sorte d'élasticité spéciale. La palpation permet de les délimiter nettement, on ne leur sent pas de pédicule, ils ne sont pas adhérents à la peau, jouissent d'un peu de mobilité et leur forme est régulière. Leur surface est molle, uniforme, ne présente pas de nodosités. La matité y est complète, on ne sent pas de fluctuation, ou du moins elle n'est pas nette (à moins que le lipome ne soit mou). La crépitation fait défaut.

En cas d'hésitation et lorsque le lipome est profondément situé, une ponction exploratrice lèvera tous les doutes, si elle ne donne lieu à aucun écoulement. On peut songer, il est vrai, à un cancer. L'examen histologique du pus qui a été retiré renseignera sur la nature de la tumeur.

Cancer vasculaire. — L'âge du sujet, son aspect (coloration jaune paille), l'hérédité du côté des ascendants doivent être soigneusement examinés. Le cancer a une forme plus ou moins ovoïde, sa surface est inégale, assez élastique, donnant

à la main une sensation différente suivant les points : ici dure, là plus molle. Les ganglions du pli de l'aîne sont pris, indurés. En cas de doute, on peut faire une ponction exploratrice.

La marche du cancer est rapide.

OBSERVATION XIII.

Kysto-sarcome de la cuisse, en collaboration avec mon ami Pierre, externe des hôpitaux.

X..., âgé de 30 ans, entré dans le service de M. le professeur Duret, pour une tumeur de la partie supéro-externe de la cuisse, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Une bronchite qu'il contracta à l'âge de 17 ans, est la seule maladie qu'il ait eue avant la tumeur qui nous occupe.

Il y a 7 ans, sans qu'il puisse en attribuer la cause à quoi que ce soit, le malade sentit une tumeur, grosse comme une noisette, roulant sous la peau, à la partie supéro-externe de la cuisse gauche. De marche très lente, le néoplasme avait seulement atteint, au bout de 4 ans, le volume d'une petite noix. Depuis 3 ans, la marche a été bien plus rapide, à l'époque actuelle son volume est celui d'un poing.

La tumeur siège à la partie supéro-externe de la cuisse, à 10 cent. au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et 1 cent. en arrière du bord supérieur du grand trochanter.

La douleur qu'elle détermine est nulle, aussi est-ce sa marche rapide qui effraie le malade et le fait entrer à l'hôpital.

M. le D^r Delassus, consulté il y a six mois, croyant avoir affaire à un kyste, fait avec une seringue de Pravaz une ponction qui donne un peu de sang sans autre résultat.

La peau qui recouvre la tumeur présente quelques veinosités peu nettes, sa coloration n'a rien de spécial, elle n'est pas adhérente, mais elle est moins lisse et plus amincie que dans les parties voisines. La tumeur est un peu adhérente aux parties profondes.

Ses mouvements de latéralité ne sont possibles que sur une faible étendue. Les mouvements verticaux sont encore plus restreints.

Si le malade fléchit la cuisse sur le bassin, la tumeur paraît immobilisée dans le sens vertical; sa surface est presque régulière, sans bosselure, ni lobules bien nets. La consistance est variable, molle, rénitente, presque fluctuante à la partie supérieure, elle est plus dure à la partie intermédiaire pour devenir presque fibreuse dans son tiers inférieur.

Les ganglions inguinaux sont un peu indurés, roulant sous le doigt, du volume d'un petit pois.

La marche relativement très lente du néoplasme, l'absence de douleur et d'induration prononcée des ganglions inguinaux, firent éliminer le diagnostic de tumeur maligne.

On pourrait se trouver en présence d'un lipome, d'un fibrome ou d'un sarcôme.

La consistance variable du néoplasme rendait le diagnostic assez embarrassé. Le lipome a un aspect plus mou que celui qu'on constatait.

Le fibrome, en revanche, est plus dur. Dans ces deux variétés de tumeur, on ne conçoit guère la raison d'adhérence aux parties profondes.

La ponction infructueuse semblait faire rejeter l'idée d'un kyste.

Restait le diagnostic de sarcôme, c'est celui auquel s'arrêta M. le professeur Duret, pour expliquer la rénitence de la partie supérieure, il prononça le diagnostic de kysto-sarcôme.

Le seul traitement possible, en ce cas, était l'ablation de la tumeur, ce qui fut fait par M. Duret, le 27 octobre.

Après l'ouverture de la peau, M. Duret tombe sur une tumeur bien limitée, sans adhérence à la peau, facilement énucléable des parties voisines, sauf dans sa partie interne qui adhère par un point au vaste externe dont M. Duret est obligé de disséquer une partie.

Par sa partie externe, la tumeur est lisse et recouverte d'une membrane enveloppe.

En ouvrant le néoplasme, on constate facilement tous les caractères du sarcôme embryonnaire, le parenchyme, assez friable, a subi un début de dégénérescence graisseuse et laisse le doigt pénétrer assez

facilement dans sa substance. A la partie supérieure, là où l'on sentait la fluctuation, on trouve une petite poche kystique, du volume d'une noix, contenant un liquide gris sale.

L'enveloppe présentait de petites plaques cartilagineuses du côté de sa face profonde.

La plaie, fermée par des points de suture au crin de Florence, fut pansée avec la gaze iodoformée et se trouve actuellement en bonne voie de cicatrisation.

Quant au pronostic, il faut le réserver, voir si la récurrence n'aura pas lieu sur place, et ce que deviendront les ganglions inguinaux.

(Communication à la Société anatomo-clinique de Lille).

C'est avec les hématomes sous-musculaires que l'erreur est possible. Nous croyons presque unique l'exemple suivant, aussi nous demandons à nos lecteurs la permission de le rapporter :

OBSERVATION XIV.

Enorme kyste hémorrhagique de la région trochanterienne.

Lequien, Émile (de Vieux-Berquin), 33 ans. Entré le 25 avril 1883 dans le service de clinique de l'hôpital St-Sauveur, à Lille.

Ce malade porte, sur la fesse gauche, une tumeur énorme ayant le volume d'une très grosse tête d'adulte, tumeur molle et flasque, ballotant au moindre mouvement, lui pendant en gibecière jusqu'à la moitié de la cuisse et se déplaçant, du reste, selon la situation du malade : quand il marche elle oscille de droite à gauche ; quand il se couche sur le côté droit elle pend et s'étale sur la fesse opposée qu'elle couvre presque complètement. La peau, loin d'être tendue, est au contraire ridée et comme revenue sur elle-même par cessation récente d'une distension primitivement subie. pas de rougeur. En un seul point situé à peu près au centre de la tumeur, existe une ulcération de 3 centimètres 1/2 de diamètre, peu profonde, à bords irréguliers, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce. Le fond et les bords sont recouverts d'un enduit purulent blanc jaunâtre qui semble formé de caillots fibrineux. Le fond de l'ulcération est humide et laisse suinter goutte à goutte un liquide incolore qui s'écoule en mince filet le long des parois de la tumeur.

Tel est l'aspect d'ensemble le jour où le malade se présente à l'hôpital.

Voici maintenant ce qu'il raconte sur les antécédents : en 1875, âgé alors de 25 ans, il était garçon de ferme et portait souvent de pesants fardeaux sur les épaules. Un jour il portait un sac de 50 kilogs quand des camarades lui donnèrent une vigoureuse poussée dans le dos. Il faillit perdre l'équilibre et, pour ne pas tomber en avant, il fit un violent effort de redressement et sentit aussitôt un craquement dans la fesse gauche puis une douleur tellement vive qu'il laissa choir son sac. La douleur toutefois ne fut pas persistante ; après quelques minutes de repos, il put reprendre son fardeau, se remit au travail et le continua un mois durant sans rien éprouver de ce petit accident qui avait même disparu de son souvenir. Un mois plus tard seulement, il commença à éprouver, dans la région de la fesse gauche, une douleur fixe sans irradiation aucune, ne siègeant pas, d'après ses indications sur le trajet d'un nerf mais en pleine masse musculaire. La jambe gauche devint raide, la marche difficile. Il éprouvait de la douleur dans tous les mouvements qui mettaient en jeu les muscles fessiers. Il ne marchait plus qu'avec une canne et dut prendre un mois de repos complet. La douleur disparut alors et il put reprendre son travail.

Au bout de 3 ou 4 semaines, il s'aperçut qu'il existait au milieu de la fesse une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La tumeur était d'ailleurs, dès l'origine, absolument indolente et cette indolence persista pendant toute la période d'accroissement qui dura 8 années consécutives, durant lesquelles le malade vit sa tumeur, arriver graduellement aux dimensions énormes d'aujourd'hui et cela sans douleur, sans gêne autre que celle qui résultait, à la fin, du poids incommode de cette masse.

Arrivée à son maximum de développement, la tumeur n'avait pas l'aspect actuel ; elle n'était pas flasque mais pleine, turgescente, recouverte d'une peau tendue et lisse, au point qu'on n'y pouvait faire un pli. Elle ne pendait pas mais se tenait rigide, très grosse et très saillante, sur la région fessière dont elle déformait les contours. Ce n'est que 8 jours avant l'entrée du malade que la peau s'ulcéra à son sommet et laissa s'écouler le contenu de la tumeur. Les premiers jours il n'y eut qu'un léger suintement, puis un flot de liquide s'échappa tout à coup. Le malade prétend qu'il s'échappa ainsi brusquement « *au moins huit à dix litres.* » Ce fut d'ailleurs cet accident qui le détermina à entrer à l'hôpital.

A son entrée, je l'ai dit, la tumeur est flasque. On peut même en saisir la paroi à pleine main. En cherchant à plisser cette paroi, on sent sous la peau une certaine résistance, comme des fibres tendues fortement. L'illusion est telle qu'on croit sentir tout d'abord, sous la peau, les fibres contractées du grand fessier. Cependant, en analysant les choses de plus près, on reconnaît que la même sensation s'obtient quelle que soit la direction du pli. En pinçant la peau dans toutes les directions et en la faisant rouler entre les doigts, on constate qu'il existe sous la peau une seconde enveloppe épaisse, sur laquelle la peau glisse.

La tumeur est mollassse plutôt que fluctuante; car, détendue comme elle l'est, elle ne donne plus la sensation nette du flot, de choc liquide. Le fond de l'ulcération offre un petit trajet bouché par un caillot fibrineux. En pressant la tumeur, l'écoulement augmente et le petit caillot qui bouche l'orifice fait saillie au dehors. En introduisant alors le doigt avec légère effraction, on arrive à perforer la paroi et et aussitôt un jet de liquide s'écoule par l'orifice agrandi. On obtient ainsi près de 2 litres d'un liquide clair jaune citrin, de consistance un peu épaisse. Le doigt introduit de nouveau pénètre dans une vaste cavité à surface tomenteuse, à parois épaisses et mobiles sous la peau. Il n'y a aucun cloisonnement, aucune bride qui divise la tumeur en loges secondaires.

On constate ainsi que la poche s'étend depuis une ligne horizontale passant à 6 centimètres au-dessus de la crête iliaque jusqu'à une autre ligne passant à 3 centimètres au-dessous du bord inférieur du grand fessier, et en largeur, de l'articulation sacro-iliaque, à une ligne passant par l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord postérieur du grand trochanter.

En somme, on a sous les yeux un vaste kyste dont le fond repose directement sur les muscles fessiers.

La poche ne semble avoir aucune relation avec la bourse séreuse trochantérienne; elle n'atteint pas en effet le bord postérieur du grand trochanter.

Le liquide recueilli est tout-à-fait transparent, légèrement jaunâtre. Après deux ou trois heures de repos il est tout-à-fait trouble, opaque, d'un blanc laiteux, avec des nuances jaunes et verdâtres.

Il ne s'est pas formé de caillot. Le liquide est riche en albumine. A l'examen microscopique, on le trouve rempli de globules sanguins, altérés, ratatinés, crenelés et de quelques globules blancs ; on y trouve surtout une quantité énorme de cristaux de cholestérine qui remplissent à eux seuls presque tout le champ du microscope.

La paroi de la tumeur est assez mobile sous la peau, sauf au niveau de l'ulcération ; l'adhérence du fond aux couches musculaires est plus intime mais ne paraît pas absolument complète.

Diagnostic. — Kyste hématique dont je décide l'extirpation.

Voici le plan opératoire auquel je m'arrête : Circonscrire l'ulcération par deux incisions curvilignes qui comprendront une ellipse de peau, afin de n'avoir pas de lambeaux trop grands et disséquer toute la portion sous-cutanée de la paroi kystique. Introduire la main dans le kyste largement ouvert et se rendre compte du degré d'adhérence de la paroi sous-jacente aux muscles ; et alors selon les circonstances, ou bien décortiquer le reste et enlever la poche, ou bien la couper au ras de la partie trop adhérente et laisser le fond du kyste, modifié par la thermo-cautérisation, suppurer à ciel ouvert. L'opération ainsi conçue fut exécutée le 25 avril.

La première partie fut facile. Je pus disséquer sans grande peine, toute la partie du kyste sous-jacente à la peau. Toutefois dans ce premier temps j'eus déjà une hémorrhagie abondante ; il y avait là une richesse anormale en vaisseaux.

L'adhérence de la poche avec les muscles fessier n'étant pas jugée trop intime, j'entrepris l'ablation totale de la poche.

L'opération devint alors excessivement laborieuse. L'adhérence était établie entre le kyste et les muscles, par une infinité de brides fibreuses épaisses disposées sous forme de cloisons se détachant de la face extérieure de la paroi pour aller s'insinuer entre les fibres du grand fessier. En certains points l'adhérence était telle qu'il fallait tailler en plein muscle, de crainte de perforer la paroi du kyste et d'en laisser des parties dans la plaie. Toutes ces brides étaient d'une richesse vasculaire tout-à-fait inattendue. Ce fut sous une véritable pluie de sang que la décortication complète fut achevée. L'opération avait duré deux heures.

Un fait à noter : durant cette décortication, tandis que je dissé-

quais, ayant sous les yeux les fibres du grand fessier, je remarquai à un moment, une sorte de forte bride fibreuse plus grosse que toutes les autres, cylindroïde et formant comme une sorte de pédicule au kyste. Cette bride fibreuse s'enfonçait entre les fibres du grand fessier. Coupée elle apparut comme un cordon épais, arrondi, émergeant du plan musculaire. Je crus un instant avoir sectionné un gros nerf. La notion des rapports anatomiques exacts, me montra vite qu'il n'en pouvait être ainsi.

La nécessité de terminer rapidement l'opération (le malade avait perdu beaucoup de sang) ne permit pas un plus long examen ; mais, comme la suite nous l'apprit, le cordon fibreux sectionné n'était autre chose qu'un prolongement tubulaire épais reliant le kyste superficiel à une seconde poche musculaire.

Après l'opération je plaçai un gros drain, je réunis la plaie au fil d'argent et je fis un pansement antiseptique.

Le kyste extirpé, auquel adhérait un fragment de peau réséquée, avait été ouvert par la vaste incision faite pour introduire la main dans le kyste et l'empoigner de façon à faciliter la dissection. A l'opposite, se voyait l'orifice par lequel le kyste se continuait, à travers la boutonnière du grand fessier, avec la vaste et irrégulière poche sous-musculaire dont j'ignorais à ce moment l'existence et dont je vais parler tout-à-l'heure.

La paroi très épaisse se confondait, sans démarcation avec le tissu cellulaire ambiant dont elle était, en somme une condensation, un feutrage.

A la face interne, aspect tomenteux, hérissé ; gros vaisseaux variqueux à parois minces courant sur toute l'étendue de cette face. Somme toute, l'aspect de la tunique vaginale atteinte de vieille hématocele, sauf une consistance un peu moins coriace. Cette poche présentait au plus haut degré la physionomie d'un kyste d'origine hématique.

29 *Avril*. — Le pansement est très humide, mouillé d'une grande quantité de liquide séreux. Le malade se ressent de la perte de sang suivie. Le pouls est petit, rapide. La face est pâle, les lèvres sont décolorées. Le malade éprouve des demi-syncopes assez fréquentes.

1^{er} *Mai*. — État général meilleur. Le pouls s'est relevé. La fièvre

est modérée. Les sutures ont complètement lâché. La peau est coupée. Les lambeaux s'écartent et comme le malade se couche sur le côté droit, le lambeau postérieur retombe. On rapproche par des bandelettes collodionnées.

5 Mai. — Dans le fond de la plaie on a sous les yeux les fibres du grand fessier ; les unes coupées pendant l'opération, d'autres légèrement écartées et éparpillées.

Au centre de la plaie on voit la section nette du gros pédicule cylindroïde attaché au fond du kyste et coupé pendant l'opération. En pressant autour de la plaie, on voit suinter précisément par la section de ce pédicule, un peu de liquide tout-à-fait semblable au liquide du kyste extirpé.

En ce point, j'écarte légèrement les fibres musculaires et mon doigt pénètre par le centre même de ce cordon tubuleux dans une seconde cavité sous-musculaire de laquelle s'écoule une notable quantité de liquide kystique. Il existait donc sous le grand fessier un second kyste dont le contenu en s'écoulant avait mouillé si abondamment le pansement le lendemain de l'opération, mais qui avait dû surtout se vider lors de la rupture spontanée du kyste superficiel.

Si la communication des deux poches m'avait échappé pendant l'opération, c'est que sans doute la poche sous-musculaire était alors dans le même état que la poche sous-cutanée, détendue, et quasi-vide comme elle ; un simple caillot avait pu suffire, ici comme là, pour boucher l'ouverture.

A l'aide d'un hystéromètre, je constatai que la poche sous-musculaire était plus vaste encore que la première, dépassant celle-ci dans tous les sens. Elle allait en haut presque jusqu'à la crête iliaque, en dépassant le pli fessier. En avant la poche sous-musculaire s'approchait davantage du grand trochanter et en atteignait même le bord postérieur. En bas elle se prolongeait sur la face postéro-externe de la cuisse sous l'aponévrose du fascia-lata.

Devant l'étendue colossale de ce vaste kyste en bissac, le chiffre de dix litres, que le malade dit s'être écoulé lors de la rupture spontanée de la poche superficielle, ce chiffre qui me semblait si exagéré, cesse de me paraître aussi invraisemblable.

Je jugeai la décortication de cette seconde poche dangereuse et

impossible. Deux contre-ouvertures furent faites au sommet et au point le plus déclive, j'y plaçai des drains que je fis sortir par le point du muscle fessier par où j'avais pénétré dans le kyste profond, et je pratiquai une injection iodée dans toute la cavité.

Pendant les mois de mai et de juin les pansements furent faits tous les deux jours. On continua pendant tout ce temps les injections iodées multiples. Le volume de la cavité kystique semblait diminuer mais avec une lenteur extrême.

Après six semaines je constatai qu'au lieu d'une poche unique il existait maintenant une série de diverticules venant s'ouvrir, dans deux trajets principaux, résultant de la présence de deux drains. Dans ces conditions le pus stagnait dans des poches multiples et laissait craindre des fusées au loin, par destruction de la paroi kystique et cheminement du pus dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et inter-musculaire. La teinture d'iode était impuissante à amener l'accrolement complet des parois.

Je résolus donc d'ouvrir la plupart des trajets et de les faire sup-purer à ciel ouvert, en drainant largement les diverticules que leur profondeur m'empêcherait d'exciser.

L'opération fut faite au thermo-cautère. Je pratiquai deux énormes incisions, deux profondes tranchées divergeant à l'angle ouvert en dehors et se dirigeant l'une en bas vers la face postéro-externe de la cuisse, l'autre vers le grand trochanter. Dans ces tranchées venaient déboucher les diverticules latéraux résultant du cloisonnement par adhérence, en certains points, des parois kystiques modifiées par l'iode; et aussi les arrière-cavités primitives du kyste, irrégulières, tortueuses, se prolongeant dans tous les sens de la manière la plus inattendue; en haut et en arrière jusqu'à l'épine iliaque postérieure; qui ne laisse pas que de me faire craindre des fusées vers le tissu cellulaire intra-pelvien.

En avant un diverticule contourne le bord postérieur du grand trochanter, un autre s'avance jusqu'entre les épines iliaques antérieures. En bas la poche s'enfonce dans la partie supérieure de la cuisse à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pli fessier, peut-être plus bas, car en explorant les trajets, ma sonde s'enfonce jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; peut-être aussi ai-je perforé en ce point la

paroi kystique amincie et suis-je dans le tissu cellulaire. Je n'ouvre pas ce diverticule jusqu'au bout, j'y place un drain sans faire de contre-ouverture en bas.

Pendant les huit jours qui suivirent, la plaie prend bon aspect. Les bords saillants des énormes tranchées s'affaissent, la plaie granule.

14 *Juillet*. — A la partie inférieure il s'est fait une fusée purulente vers la cuisse. La peau est rouge, légèrement empâtée jusqu'au genou. Je fais une contre-ouverture à 20 centimètres au-dessus du genou et je draine le trajet.

Des bouts de drain sont aussi placés dans les autres diverticules qui n'ont pas encore été ouverts, au centre de la plaie, il y a un trajet de 5 à 6 centimètres qui s'enfonce verticalement. En arrière existe encore un diverticule qui va jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure.

Pendant tout le mois de juillet pansement phéniqué ouaté, injections iodées dans les clapiers. Le trajet de la cuisse se rétrécit ; on remplace les tubes à drainage par des crins dans la plupart des trajets.

J'abrège le récit des contre-ouvertures que je dus pratiquer encore, et des incidents multiples qui accompagnèrent cette longue cicatrisation.

Qu'il me suffise de dire qu'à la fin de septembre tous les diverticules étaient comblés, les vastes incisions s'étaient fermées (sauf une très petite surface à la cuisse) laissant naturellement après elle des cicatrices considérables et à la face externe de la cuisse une notable induration des tissus.

Le malade se levait et marchait un peu.

La santé générale s'était rétablie. Il retourna chez lui, à la campagne, le 30 septembre.

Juin 1884. — J'ai reçu des nouvelles du malade. Les trajets sont définitivement guéris. Rétablissement complet.

Juillet 1885. — Je vous présente aujourd'hui le malade. Il y a dix huit mois que les dernières suppurations sont taries. Vous pouvez voir les longues et profondes cicatrices qui succèdent aux énormes tranchées opératoires sus-décrites. La vigueur du membre et du patient sont redevenues ce qu'elles étaient avant la maladie. Il se livre aux plus lourdes besognes agricoles et peut faire aisément de longues routes à pied.

Pronostic.

Le pronostic des épanchements sanguins n'est pas toujours aussi bénin qu'on serait tenté de le croire tout d'abord. On s'en convaincra après la lecture de l'observation IX^e rapportée par Chassaignac, et dans laquelle la mort fut attribuée à une infection purulente.

Dans l'observation III^e que nous avons donnée, c'est grâce à une intervention énergique répétée, que M. Duret a sauvé sa jeune malade, d'une mort imminente.

OBSERVATION XV.

Contusion du grand trochanter. — Epanchement sanguin. — Inflammation. — Absès. (i)

Lue par M. Hervez de Chégoin, le 1^{er} mars 1865.

Jeune femme de 23 ans, d'une bonne santé; en juin 1864, chute sur la hanche, douleur passagère.

8 déc. — Après une course un peu fatigante, elle éprouve dans la hanche, qui avait été le siège d'une contusion et d'une ecchymose, une douleur qui l'oblige à garder le repos, et qui devient si vive les jours suivants, quelle fut considérée comme une névralgie sciatique.

3 janv. — Quand je la vis pour la première fois, je reconnus un abcès profond et déjà d'une grande étendue (6 ou 7 pouces au moins). Il n'y avait point de douleur dans la région antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, mais la pression sur le grand trochanter était douloureuse.

Le membre avait sa longueur et sa direction naturelles, les mouvements étaient pénibles, et ne permettaient pas d'essayer complètement la flexion de la cuisse sur le bassin.

(1) (*Bulletin de la Société de chirurgie*).

Les cataplasmes émollients et les onctions calmantes procurèrent un grand soulagement. La fluctuation devenait de plus en plus apparente.

Je retardai l'ouverture de l'abcès parce que j'étais incertain du point de départ, quoique j'inclinasse à le considérer comme le résultat de la contusion, et par conséquent, comme en dehors de l'articulation, malgré la distance entre la cause et l'effet, et son apparition trop prompte pour l'attribuer à une coxalgie suppurée.

A cette époque, le membre, qui jusque-là avait conservé sa direction naturelle, s'inclina fortement dans l'abduction, et les tentatives pour le ramener dans le sens opposé étaient très douloureuses. C'est à cet instant, au commencement de ce mois (février 1865), que les parents désirèrent l'avis de M. Nélaton. Incertain comme moi sur le point de départ de l'abcès, il proposa, comme je l'avais proposé moi-même, de mettre le membre dans l'appareil de Bonnet.

La malade fut chloroformée et n'éprouva aucune douleur ni pendant cette réduction, ni après. On fit une ponction étroite à la partie inférieure de l'abcès qui s'étendaient jusqu'à la moitié de la cuisse. Il en sortit un pus abondant et phlegmoneux.

Aucun accident ne se manifesta pendant les trois jours suivants ; mais la malade était agitée, dormait mal, et avait quelques troubles dans les idées. Son appétit, qui s'était conservé, était presque perdu. A la fin du troisième jour, le pouls, très petit, avait 144 pulsations. On faisait dans le foyer purulent des injections légèrement alcooliques. Le pus, moins lié, avait un peu d'odeur. — Le quatrième jour, on aperçut un érysipèle qui, vers le sixième jour, s'était élevé jusqu'à la partie supérieure de la hanche. Le délire était continu, les forces s'affaiblissaient de plus en plus, et la malade mourut le dixième jour après l'ouverture de l'abcès.

Autopsie. — Une longue incision de bas en haut jusqu'au dessous du grand trochanter mit à nu un foyer purulent qui n'avait rien de particulier, mais qui, à sa partie supérieure communiquait par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt avec un autre foyer d'aspect bien différent. Il offrait une couleur noire embrassant toute la circonférence du trochanter avec altération du périoste.

L'articulation coxo-fémorale était saine, à part une légère rougeur sans importance de la synoviale.

M. Hervez de Chégoin fait suivre l'observation de ces remarques :

La chute sur la hanche qui a eu lieu au mois de juin a occasionné une contusion du périoste du grand trochanter avec épanchement sanguin, et la collection purulente n'a été que consécutive à ce dépôt sanguin.

Si l'inflammation de la bourse séreuse n'est pas toujours suivie de mort, elle peut être le point de départ d'une longue suppuration.

OBSERVATION XVI.

Dégénérescence fongueuse avec fistules de la bourse séreuse trochantérienne gauche du grand fessier datant de douze ans.

Anne Dubost, âgée de vingt-deux ans, religieuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, N° 19, le 20 août 1845, pour y être traitée d'une affection de la hanche. Il résulte des renseignements qui nous sont donnés par la malade, qu'elle fit une chute à l'âge de dix ans sur le grand trochanter gauche. Une inflammation assez vive accompagnée de tuméfaction en fut la suite; les phénomènes inflammatoires dissipés, il resta une tumeur *reposant sur l'os*, d'après l'expression de la malade; molle se laissant facilement aplatir, profonde, sans adhérence à la peau. Une seconde chute, faite sur le même point un an après, fit reparaitre les accidents inflammatoires, et amena la rupture de la tumeur.

Depuis cette époque, la maladie persista, sans toutefois empêcher la marche qui déterminait une légère claudication, avec de la douleur, un peu de pesanteur, de gêne dans les mouvements. Il se forma des fistules qui se fermèrent et furent remplacées successivement par d'autres.

Telle a été la marche de la maladie pendant dix ans. Toujours il y a eu un ou plusieurs trajets fistuleux autour de l'apophyse, avec un suintement, une suppuration plus ou moins considérable selon que la malade marchait ou gardait le repos.

Depuis deux mois des douleurs assez vives se font sentir et rendent

la marche très pénible; c'est ce qui décide la malade à entrer dans le service de M. Pétrequin.

Voici ce que l'on observe les premiers jours de son entrée :

Phénomènes physiologiques. — La malade se couche sur le dos ou sur le côté droit indifféremment, jamais sur le côté malade. Le membre est dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension. Pendant la marche, le tronc, et par suite le bassin, sont inclinés à gauche, ce qui lui donne un caractère tout particulier. La première idée qui vient à l'esprit en voyant la malade se promener dans la salle, c'est qu'elle a un raccourcissement, suite d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale. Mais si on la fait coucher, si on fait une bonne mensuration, on s'assure bientôt que ce raccourcissement n'existe pas, que les éminences osseuses n'ont point changé de rapport. On voit, en un mot, que la malade incline son bassin à gauche, pour prévenir la contraction du muscle fessier, et, par suite le froissement, la pression de la bourse séreuse trochantérienne.

Phénomènes pathologiques. — Si l'on passe à l'examen de la région trochantérienne elle-même, on voit qu'elle est un peu tuméfiée, douloureuse à la pression, que la peau y est rétractée, couturée. On remarque sur la partie la plus saillante, trois fistules donnant issue à un pus séreux, granuleux, fétide, tâchant le linge en noir; elles sont très rapprochées l'une de l'autre. On remarque en outre cinq cicatrices résultant de l'oblitération de trajets fistuleux anciens, disposées en demi-cercle, embrassant la base de l'apophyse. En introduisant un stylet dans une des fistules, on sent le grand trochanter presque mis à nu et tapissé seulement d'une couche très mince d'une fausse membrane dégénérée. On peut l'introduire assez profondément en bas, en avant et en arrière, dans la bourse séreuse changée en clapier. L'articulation du reste est complètement libre; les mouvements, surtout les mouvements de flexion et de rotation réveillent les douleurs il est vrai, mais des douleurs qui ont leur siège au niveau du grand trochanter et non dans l'articulation elle-même.

Dire quels sont les moyens qu'on a employés pour guérir cette affection, serait chose difficile; il n'est pas en effet de pommades, d'onguents, d'injections qui n'aient été employés.

M. Pétrequin après avoir démontré qu'il a affaire à une dégénérescence de la bourse séreuse, persuadé qu'il n'obtiendra rien par les moyens ordinaires, se décide à mettre à nu le foyer et à le cautériser vigoureusement avec le cautère actuel.

Le 12 septembre, après avoir préparé la malade comme il a été dit dans l'observation précédente, il pratique l'opération, ainsi qu'il suit. Une sonde cannelée est introduite dans la fistule la plus large et guide un bistouri, qui fait une incision étendue en bas et en arrière; la sonde tournée en haut, l'incision est agrandie dans ce sens; enfin, du milieu de cette incision, on en fait partir une troisième qui s'étend jusqu'au bord antérieur du tendon du petit fessier.

Alors on découvre en entier toute la face externe du grand trochanter tapissée de membranes fongueuses et lisses, d'un blanc grisâtre qui recouvre toute la face interne du foyer. Les tissus environnants sont durs, comme lardacés, l'apophyse elle-même n'est point altérée. Quelques débridements pratiqués directement en arrière, sur le tendon du grand fessier, achèvent de découvrir complètement la cavité de la poche jusqu'à sa moindre anfractuosité. En bas elle s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de la ligne âpre, en haut elle dépasse le bord supérieur du grand trochanter de deux à deux centimètres et demi, en avant elle ne dépasse pas le bord antérieur de l'apophyse, en arrière elle est à peine distante de l'ischion.

Les lambeaux résultants des diverses incisions étant relevés et maintenus par des aides dont les doigts sont garantis par des linges mouillés, le chirurgien promène successivement quatre fers rougis à blanc sur la face externe du grand trochanter et dans les moindres anfractuosités du foyer. On fait un pansement simple avec de la charpie maintenue par des bandelettes de diachylon gommé. On prescrit une potion calmante, de la tisane d'arnica. Il survient très peu de fièvre; la malade est presque aussi calme qu'avant l'opération, l'appareil est levé le troisième jour, puis on continue le même pansement les jours suivants.

Le 1^{er} octobre, la suppuration est de bonne nature, les bords de la plaie s'affaissent, la cicatrisation commence à se former. On a alors recours aux bandelettes de diachylon pour rapprocher les bords de la plaie, qu'on panse avec des compresses trempées dans

du vin aromatique : la cicatrice marche sous l'influence de ce pansement aidé du repos le plus absolu ; elle est complète le 5 décembre jour de la sortie de la malade.

Tous les mouvements de la cuisse peuvent parfaitement s'exécuter. Il ne reste qu'un peu de gêne, de pesanteur due au repos prolongé qu'on a fait garder à la malade.

Nos lecteurs se rappelleront la grande facilité avec laquelle les bourses séreuses communiquent avec le tissu cellulaire environnant, la possibilité dès lors d'un phlegmon *diffus* ou par *diffusion*, sur lesquels Chassaignac appelle l'attention, si l'hématome devient le foyer d'un travail inflammatoire.

Il est donc utile de s'opposer à un développement considérable de la bourse séreuse, il l'est plus encore d'y faire avorter la suppuration quand elle a été exposée à des causes d'inflammation.

Souvent, en effet, malgré toute la vigilance qui est de rigueur en pareil cas, l'infiltration purulente dans le tissu cellulaire s'est déjà produite, avant même que le chirurgien en soupçonne l'existence.

Chassaignac déclare, que celui qui n'a pas la connaissance de cette particularité (communication de la bourse séreuse avec le tissu cellulaire circonvoisin) laisse courir de graves dangers à ses malades.

Et il s'élève contre la conduite de certains praticiens qui restent dans une fâcheuse expectative sous le fallacieux prétexte de la benignité des hygromas.

« C'est là une grande erreur, et nous pensons qu'il est
» d'une pratique prévoyante de ne jamais laisser les hygromas
» quelque *inoffensifs* qu'ils soient en eux-mêmes prendre des
» dimensions considérables, attendu qu'ils deviennent alors
» une source de complications et de danger dans leur traitement ; sous ce dernier point de vue, je les considère comme
» plus fâcheux que les kystes séreux d'égal volume, mais qui

» n'ont pas eu pour origine une bourse de frottement devenue
» malade. »

Rappellerons-nous avec A. Desprès, que les hygromas peuvent être compliqués d'inflammation, d'épanchement sanguin, de fongosités, leurs parois subir l'hypertrophie fibreuse ou s'ossifier à la longue.

En présence de la suppuration des épanchements sanguins dans la bourse trochantérienne, on prévoit toute la gravité qui en résulterait *ostéite, carie* du grand trochanter, consécutivement résection de cette saillie : c'est-à-dire intervention plus grave, indispensable pourtant, guérison plus lente à obtenir, suppuration osseuse enfin, dont le retentissement sur l'organisme est toujours fâcheux : en raison précisément de la profondeur de la lésion, de la difficulté d'évacuer les parties putrides.

Aussi, recommanderons-nous à notre tour, une intervention prompte, sûr moyen d'éviter ces résections osseuses pratiquées si souvent par Velpeau et qui toutes ont succédé à une longue temporisation en présence d'une affection de la bourse trochanterienne.

Velpeau, avons nous dit dans notre introduction, avait incriminé les épanchements sanguins d'être le point de départ de plusieurs tumeurs malignes. Cela nous paraît exagéré.

Par contre, l'abstention de toute intervention conseillée par A. Desprès (dans sa chirurgie journalière) nous surprend. La compression, les antiphlogistiques, les révulsifs qu'il préconise sont parfois efficaces, tout le monde en convient, et les emploie aux cas échéants; mais soutenir que l'évacuation d'un hématome, est inutile et doit être rejeté parce qu'elle peut déterminer une inflammation, c'est ce que nous n'admettons pas, et les observations prises au service de M. Duret sont là pour le prouver.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Exposons les différents modes de traitement préconisés dans les épanchements de la bourse prérotulienne, de la similitude de structure qu'elle a avec les séreuses trochantériennes, nous pouvons conclure à l'analogie du traitement.

Comme nous le disions en commençant, de tout temps, les chirurgiens ont conseillé la plus grande réserve à l'endroit des séreuses.

Voillemier croit leur incision grave ; Laugier, qu'elle expose le malade à des accidents inflammatoires à peu près certains, et même à la mort.

Et Nélaton, venant à parler de l'incision et de l'ablation des séreuses, ajoute : « Mais ne pas se hâter de pratiquer ces diverses opérations, l'expérience ayant appris que la résorption s'opère quelquefois après un temps fort long. »

Aussi, ne nous étonnons pas de voir Tillaux dans son Anatomie topographique, partager l'opinion de ces chirurgiens, en parlant de la bourse prérotulienne : « 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 opéra-
» tion qu'il ne faut, à mon avis, pratiquer qu'à la demande
» expresse du malade, car il en peut résulter des accidents
» sérieux. Il est très difficile d'enlever toute la poche, en par-
» ticulier sur la rotule, aussi le kyste peut-il se produire, ou
» du moins rester fistuleux. Il est possible de voir apparaître,
» à la suite, une prolifération de tissu embryonnaire, qui
» remplit rapidement la poche, et nécessite de nouvelles
» opérations. »

Les opérations pratiquées par M. Duret, et que nous rappor-
tons plus loin, répondront à ces allégations.

En somme, rares et imprudents semblaient être les parti-
sans de l'incision, plus rares encore et téméraires ceux qui
conseillaient timidement l'ablation.

Pourtant depuis les progrès récents des méthodes chirurgi-
cales, on a pratiqué ces opérations avec de notables succès.

Autrefois comme il n'y avait pas de règle de conduite tracée,
l'homme de l'art, obéissant à des influences du milieu, de l'en-
tourage, donnait la préférence à des remèdes jouissant d'une
certaine vogue parmi le peuple, et dont l'énumération seule
nous entraînerait trop loin. Néanmoins, certains méritent d'être
rapportés. Nous les trouvons dans P. Decaye. (1)

Il y a danger à ouvrir les poches sanguines récentes qui ne
sont pas arrivées à suppuration, on prescrira donc, au début,
le repos et les *topiques froids et résolutifs* (Verneuil). — La
compression ouatée et l'immobilité dans une gouttière métal-
lique (Guyon). — On peut y joindre quelques pressions douces
pour favoriser l'absorption des caillots (Follin). — On obtient
parfois de la sorte une résorption complète.

Mais cette résorption peut rester incomplète, sans qu'il y ait
nécessairement suppuration ; alors on traitera ces kystes san-

(1) Précis de thérapeutique chirurgicale.

guins par la ponction de la poche, suivie du lavage de ses parois avec un courant d'eau tiède et d'une injection iodée. — Ou incision de la cavité avec ou sans cautérisation de ses parois.

Ou dans des cas rares et *tout à fait exceptionnels*, ablation partielle ou complète de la poche.

Nous avons dit qu'un travail inflammatoire énergique pouvait se déclarer, soit immédiatement par la violence seule de la contusion, soit plus tard au sein de l'épanchement sanguin : dans les deux cas, pour conjurer la menace du phlegmon diffus, il est nécessaire d'inciser la tumeur, de la vider des caillots sanguins ou du pus qu'elle peut contenir.

Un praticien exercé aura recours, dans une certaine mesure, à la compression, aux antiphlogistiques, aux réfrigérants, etc., mais ne pas hésiter, en cas d'insuccès, à intervenir d'une manière énergique.

La méthode antiseptique, nous le répétons, permet d'employer l'*incision*, l'*ablation*, ainsi qu'en font foi nos observations.

Quelles sont les indications de ces opérations ?

Rappelons brièvement chacune des méthodes employées dans le traitement des épanchements séreux et purulents des bourses séreuses.

Épanchements séreux. — Nous n'envisagerons ici que les épanchements séreux succédant à des hygromas chroniques produits à la suite d'une violence extérieure et qui n'ont pas cédé aux révulsifs, aux topiques.

L'*Écrasement* a été longtemps en faveur. Il ne serait peut-être pas tout à fait désavantageux, *appliqué avec douceur*, lorsque la tumeur n'est pas considérable, ses parois non épaissies.

La *ponction sous-cutanée* est préférable à l'écrasement

brusque, elle permet au liquide d'être absorbé par les mailles du tissu cellulaire, quand ce dernier n'a pas été fortement contus, altéré par le traumatisme. Malheureusement, ses effets ne sont pas durables.

C'est dans les cas d'hygromas ou d'hémo-hygromas anciens, qui ne se sont pas enflammés, qui ont tendance à persister, qu'on a eu recours à ce moyen.

C'est à la *ponction* et à l'*injection* d'un liquide irritant, qu'on donne fréquemment la préférence. Elle ne peut qu'être conseillée quand la tumeur est volumineuse, à parois minces.

La *ponction*, jointe à la compression, donne également de bons résultats.

L'*introduction d'un séton*, essayé autrefois, mérite, à cause des accidents graves qu'il déterminait, d'être justement tombé dans l'oubli.

Il n'en est pas de même de l'*incision*, pourvu qu'elle soit large, faite suivant l'axe du membre correspondant, ou en croix comme le veut Gerdy, toujours avec les précautions antiseptiques, bien entendu.

L'opérateur aura soin de maintenir écartées les lèvres de la plaie, de permettre ainsi à la cicatrisation de se faire du centre à la périphérie et de panser à fond ou à plat avec la gaze chiffonnée ou la gaze iodoformée.

Enfin, on emploie encore l'*incision partielle* et l'*extirpation totale*.

Quelques mots de chacune d'elles et nous passerons au traitement des épanchements purulents.

L'*extirpation partielle*, employée quand la tumeur est volumineuse, ses parois épaissies, consiste à retrancher une partie des parois de la tumeur et à laisser suppurer celle qui est restée intacte. Elle est surtout applicable quand on ne peut sans douleur faire l'extirpation totale. X^e Obs. (de Follet).

C'est à l'*extirpation totale* qu'on donne généralement la préférence aujourd'hui. C'est une pratique très heureuse toutes

les fois qu'il s'agit d'une tumeur à parois épaissies qui n'ont aucune tendance à se résorber ou à s'accoler, ainsi qu'on va le voir dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION XVII.

Hygroma chronique de la bourse séreuse prérotulienne. — Énucléation.
— *Guérison.* (Due à l'obligeance de mon ami Pruvost, externe des hôpitaux.)

Le nommé V..., âgé de 56 ans, peintre, entre, le 4 janvier 1887, dans le service de M. Duret.

Ce malade n'a jamais eu de rhumatisme et ne connaît aucun rhumatisant dans sa famille. Il n'aurait eu comme maladie que quelques accidents d'intoxication saturnine. A son entrée à l'hôpital, il est très pâle et très anémié.

Il y a cinq mois, en portant un fardeau assez lourd, il fit un faux pas, et tomba sur le genou gauche. Il éprouva aussitôt une vive douleur et en même temps apparurent des ecchymoses.

La douleur et les ecchymoses persistèrent longtemps, il souffrit du genou pendant environ trois mois, et il dit avoir perçu en marchant une sorte de crépitation.

Il avait néanmoins repris son travail le lendemain de sa chute.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il aperçut une grosseur à la face antérieure du genou gauche, et, n'ayant jamais fait attention jusqu'alors, il ne saurait préciser le moment où il faut faire remonter le début de la tumeur.

Il est à noter que dans l'exercice de sa profession de peintre c'est le genou droit qu'il pose sur le sol et non le genou gauche.

Le jour de son entrée, on aperçoit en avant de la rotule, une tumeur arrondie du volume d'une mandarine. On y perçoit de la fluctuation, et en la déprimant, on a profondément la sensation de petits corps étrangers.

Diagnostic. — Hygroma chronique de la bourse prérotulienne.

Traitement. — Badigeonnage à la teinture d'iode, une fois par jour.

20 janvier. — Ce traitement n'ayant donné aucun résultat et le malade désirant être débarrassé au plus tôt, M. Duret se décide à une intervention chirurgicale : le patient, transporté à la salle d'opération, est chloroformisé.

M. Duret fait sur la tumeur une incision verticale, d'environ 30 centimètres intéressant la peau et l'aponévrose.

Il tombe sur une poche à paroi fibreuse, dure, adhérente et distendue par du liquide.

M. Duret essaie de l'énucléer par dissection, mais, en un point où la tumeur est très adhérente, le bistouri ouvre la poche et il s'en écoule un liquide citrin mêlé d'un peu de sang.

Introduisant alors le doigt par l'ouverture, afin de distendre et de limiter la poche, l'opérateur continue la dissection de la même manière.

La poche étant enlevée dans sa totalité, on aperçoit la face antérieure de la rotule et son périoste.

Lavages de la plaie à l'eau phéniquée, drain, points de suture aponevrotiques au catgut, points de suture cutanés au crin de Florence. Iodoforme.

Pansement antiseptique. Immobilisation dans une gouttière ouatée.

22 janvier. Pas de fièvre : la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°,5.

24 janvier. Le malade est indocile, et se plaignant de douleurs au genou, il a enlevé sa gouttière pendant la nuit ; pas de fièvre.

25 janvier. Le malade a défait son pansement. Pas de fièvre.

26. On enlève le drain, les points de suture ; la réunion par première intention est complète.

11 février. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri et n'éprouve aucune gêne dans la marche.

Examen de la pièce. — Les parois de la poche sont considérablement épaissies (4 à 6 mm.) la surface interne présente çà et là de petits mamelons et de nombreux filaments fibreux dont les uns adhèrent à la paroi sur toute la longueur et constituent ainsi de véritables replis. Les uns libres dans toute leur étendue ne sont implantés

que par leurs deux extrémités. Cette disposition rappelle l'aspect des colonnes du cœur.

La surface externe est formée de tissu conjonctif normal, présentant ça et là quelques pelotons adipeux.

RÉFLEXIONS. — L'application de révulsifs n'aurait eu aucune action sur une bourse séreuse dont les parois présentaient un épaissement aussi considérable et des franges aussi développées.

L'injection d'un liquide irritant n'est aussi applicable qu'aux tumeurs à parois minces.

L'extirpation totale est souvent suivie de succès dans ce cas. Elle présentait de grands dangers alors que les procédés antiseptiques n'étaient pas connus, et le Docteur Cazin relate un cas où son opéré fut atteint d'arthrite purulente et mourut.

Mais toute complication est évitée et l'opération n'est plus dangereuse, si l'on applique rigoureusement la méthode antiseptique pendant l'opération et dans les pansements consécutifs.

Enfin, on peut faciliter l'opération en faisant une ponction préalable et en injectant dans la poche du spermaceti. Mais cette précaution est inutile lorsque, comme dans le cas que nous rapportons, les parois sont très épaisses et que le doigt de l'opérateur, introduit à travers une incision dans la tumeur, suffit pour dilater la poche et faciliter l'énucléation.

OBSERVATION XVIII.

*Inflammation fongueuse chronique de la bourse séreuse sous-cutanée
de la région trochantérienne (Observation personnelle).*

La nommée Van Leuven, 18 ans, fileuse, entre dans le service de M. Duret, salle St-Augustin n° 4, le 16 octobre 1888, pour une fistule de la région trochantérienne gauche, dont elle fait remonter l'origine à 5 ans.

A l'âge de 13 ans elle fit une chute sur la hanche gauche, ce qui amena une douleur excessivement vive, qui rendait à cette époque la marche très pénible. A la suite d'applications antiphlogistiques la sensibilité devint moins intense : ce mieux ne persista pourtant pas, et la jeune fille s'apercevant que sa hanche devenait chaude, rouge, douloureuse surtout la nuit, entra à l'hôpital de la Charité.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, n'a jamais eu d'irrégularité dans ses menstrues qui n'étaient modifiées en rien par le mal qu'elle portait.

A l'hôpital M. A. Faucon se décida à intervenir d'une manière énergique. Après anesthésie, l'abcès fut largement ouvert et drainé et des injections pratiquées tous les jours par le drain, durant cinq mois et demi, époque à laquelle elle sortit de l'hôpital, à peu près guérie ; durant 8 mois, elle continua à mettre du diachylon sur sa plaie qui se ferma alors complètement, mais qui s'est rouverte dans ces derniers temps.

État actuel. — Au niveau de la région trochantérienne gauche, on voit un orifice à bords irréguliers, déchiquetés, d'aspect violacé pouvant permettre l'introduction du petit doigt et laissant écouler un liquide séro-purulent en assez grande quantité. La région voisine est légèrement rougeâtre.

Autour de la fistule on voit les traces d'une ancienne cicatrice de l'étendue d'une pièce de 2 francs, à 6 travers de doigt plus bas une autre de la dimension d'une pièce de 5 francs.

La malade nous dit que ces cicatrices étaient les points de sortie des extrémités du tube mis antérieurement.

Tout autour de la fistule, dans une largeur grande comme la paume de la main, les tissus sont rouges, chauds, infiltrés, de plus douloureux à la pression et conservant l'empreinte du doigt.

La fistule est profonde, en explorant avec le stylet, on n'arrive pas, il est vrai, sur le grand trochanter mais on sent nettement qu'on est dans une vaste cavité voisine de l'os. La malade nous dit que l'apparition de cette fistule date de 4 semaines, sans cause connue.

M. Duret pense avoir affaire à une *inflammation fongueuse chronique de la bourse séreuse sous-cutanée*, que M. Faucon a traitée par le drainage, lequel n'a pas donné de résultat définitif dans le cas

présent : en conséquence, il résolut d'agir d'une manière plus radicale.

Opération. — Voici les différents temps de l'opération :

1. Incision cruciale des téguments.
2. Râclage et grattage des fongosités.
3. Modifications des surfaces altérées au moyen du thermo-cautère.
4. Sutures et pansement.

Le 22 octobre après anesthésie et lotions antiseptiques de toute la région trochantérienne, M. Duret fait une incision de 10 cent. environ intéressant toute la zone infiltrée et dépassant la fistule supérieurement et inférieurement, incision pénétrant jusqu'à la bourse séreuse ; une deuxième incision menée d'avant en arrière rejoint la première un peu au dessus de la fistule.

Les lèvres de la plaie fortement écartées laissent apercevoir un vaste foyer dont le fond est couvert de fongosités implantées sur les parois externes de la poche, et sur les faisceaux aponévrotiques du fascia lata.

La bourse séreuse présentait d'ailleurs des solutions de continuité en différents endroits, et deux prolongements en culs-de-sac se dirigeant en bas et en arrière. Elle était remplie de fongosités.

On avait sous les yeux la cause de cette intarissable suppuration, aussi M. Duret, procéda-t-il à un curage complet. S'aidant de ses mains et d'une curette il râcla et rejeta au dehors ces produits de mauvaise nature. Cette partie de l'opération fut très laborieuse ; il eut surtout beaucoup de peine à enlever les fongosités qui étaient implantées sur le fascia lata. Cela fait le chirurgien excise les bords de la fistule, blâfards, violacés, sans vitalité aucune et sans tendance à la cicatrisation.

Des lavages antiseptiques réitérés sont faits dans la cavité, puis l'opérateur touche, brûle au thermo-cautère les endroits où étaient les produits fongueux dans le but de modifier leur surface, de produire une inflammation de bonne nature et d'amener de la sorte une cicatrisation plus rapide.

Un drain est placé dans la plaie : l'un de ses bouts sortant par une contre-ouverture pratiquée à la partie inférieure et postérieure de la cuisse, partie la plus déclive. On injecte plusieurs fois des seringues

chargées d'une solution au sublimé. Puis M. Duret bourre la cavité de gaze iodoformée, ne laissant dépasser à l'extérieur que l'extrémité de la bande à la gaze et commence les sutures au crin de Florence; 10 sont placées sur la grande incision, 4 sur la petite, perpendiculaire à peu près à la première, trois enfin sur celle de la face postérieure.

Pansement. — Des bandes de gaze phéniquée recouvrent la plaie, épaisse couche d'ouate. Spica compressif.

23 octobre. — Le pansement est souillé de sang, on le refait comme précédemment. La plaie a bel aspect, les points de suture tiennent.

29 octobre. — L'état de l'opérée est très satisfaisant, l'appétit est bon, M. Duret enlève plusieurs points de suture qui menacent de s'ulcérer, et exercent une traction forte sur les lèvres de la plaie. Ceux de la partie inférieure de la plaie restent en place. Même pansement à la gaze iodoformée.

1^{er} novembre. — Les points de suture de la moitié inférieure de la plaie ont enlevés. La réunion par première intention est obtenue. État général excellent.

On fait des lavages antiseptiques à l'acide phénique. On soupoudre le fond de la plaie avec de la poudre d'iodoforme. La petite cavité encore existante est bourrée de gaze iodoformée chiffonnée, puis une épaisse couche d'ouate, spica compressif.

6 Novembre. — Beaux bourgeons charnus, la cavité se comble rapidement, toute l'incision inférieure est cicatrisée. La plaie présente peu de profondeur. Même pansement compressif à l'iodoforme.

12 novembre. — La suppuration est peu abondante, pas eu jusqu'ici le moindre mouvement fébrile; état général très satisfaisant.

19 novembre. — Renouvellement du pansement, mais on ne met pas de poudre d'iodoforme dans la plaie, parce que les bourgeons charnus sont exubérants.

23 novembre. — Presque pas de suppuration, la cavité de la plaie est minime. On la soupoudre néanmoins d'iodoforme. Même pansement.

10 décembre. — Sort de l'hôpital guérie.

Épanchements purulents. — Nous serons assez bref dans le traitement des épanchements purulents qui succèdent aux épanchements sanguins. Selon la théorie communément

admise, le pus ne se résorbe jamais, dès lors, le chirurgien doit-il donner une large issue au pus afin de prévenir ainsi la rupture de la poche séreuse, l'extension de l'inflammation, et la longue suppuration qui affaiblirait le malade.

Il est d'une sage conduite de tenir la plaie largement béante pour faciliter l'écoulement du pus ; de drainer et de laisser la cicatrisation s'opérer lentement, de la profondeur à la périphérie, en interposant entre les lèvres de la plaie des tampons de charpie ou mieux de gaze iodoformée chiffonnée. C'est le meilleur moyen de s'opposer à des trajets fistuleux ultérieurs.

Épanchements sanguins. — En présence d'un épanchement sanguin, rebelle aux topiques cités plus haut, et usités en pareil cas, quelle ressource reste-t-il à l'homme de l'art.

On a eu recours successivement aux opérations principales suivantes, ainsi que dans les hygromas chroniques tenaces.

La ponction, le drainage, l'excision. L'incision simple ou cruciale; l'incision et le curage et enfin l'extirpation.

La ponction, le drainage, l'excision ont été traités aux paragraphes précédents.

L'incision simple ou l'incision cruciale conviennent quand il y a un épanchement qui persiste indéfiniment ou que cet épanchement menace de donner des phlegmons simples ou diffus.

Dans notre I^{re} observation, ce n'est qu'après 14 jours d'une médication résolutive aidée de la compression méthodique, que M. Duret se décida à faire une incision cruciale, redoutant des complications, vu l'âge avancé du malade (73 ans).

Dans l'observation III^e (Hématome suppuré, Ictère), par deux incisions cruciales, pratiquées à deux reprises, M. Duret enraya la marche inquiétante de la maladie, alors que l'incision et le drainage employés jusque-là étaient restés impuissants devant l'intensité de la fièvre.

L'incision et le curage combinés sont d'un emploi utile dans

le cas de suppuration de la bourse séreuse, quelle qu'en soit l'origine, avec existence de fausses-membranes ou de fongosités.

Dans notre XVIII^e observation, la bourse séreuse légèrement incisée, se montra pleine de frongosités, rendant ainsi compte de ces trajets fistuleux si tenaces chez cette jeune fille.

Grâce à un curage et à un râclage minutieux pratiqués par notre maître, la patiente guérit un mois et demi à peine, après l'opération, tandis que l'incision et le curage tentés 5 ans auparavant ne donnèrent qu'une cure incomplète après 6 mois de séjour à l'hôpital.

L'extirpation ne s'applique guère que dans les cas où les parois de la poche sont épaissies, dégénérées. Dans l'observation citée plus haut, la séreuse n'avait, pour ainsi dire, pas de poche. Le tout était détruit, envahi par un tissu de nouvelle formation, sans tendance aucune à la cicatrisation.

Nous avons vu, également, dans notre XVII^e observation *hygroma du genou*, *énucléation*, que les parois de la poche étaient épaissies (4 à 6^{mm}), dures, fibreuses, adhérentes fortement distendues.

La surface externe, de plus, était formée de tissu conjonctif, présentant, çà et là, quelques pelotons adipeux.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Il comprendra quatre temps, répondant à tous les cas :

- 1^o L'incision simple ou cruciale,
- 2^o Le curage et le grattage,
- 3^o La modification aux moyens de certains agents des parois de la poche,
- 4^o Enfin, sutures et pansement.

1^o *Incision*. — Après toutes les précautions antiseptiques, ne pas craindre de faire une large incision, parallèle à l'axe du

membre, ne pas hésiter, en pareil cas, à lui donner dix, douze centimètres même. On évitera de la sorte la rétention du pus dans les culs-de-sac, nécessitant toujours de nouvelles interventions.

L'incision cruciale, avons-nous dit, convient toutes les fois qu'il y a un épanchement persistant, menaçant de donner un phlegmon simple ou diffus; elle convient également lorsqu'il y a des clapiers suppurants. L'incision cruciale permet d'atteindre plus sûrement les foyers morbides et d'agir directement sur eux.

2° *Le curage et le grattage* après incision simple ou cruciale au préalable, répéterons-nous, est indiqué dans les suppurations de la bourse séreuse quelle qu'en soit l'origine, s'il existe en même temps des fongosités ou de fausses-membranes.

3° *La modification des parois de la poche aux moyens de certains agents.*

Après le deuxième temps, le professeur Duret fait de nombreux lavages antiseptiques dans la plaie, puis avec le thermocauter porté au rouge sombre, touche, brûle les points où étaient naguère implantées les fongosités. Des lotions antiseptiques fortes sont pratiquées ensuite, et il répand sur les surfaces ainsi modifiées de la poudre d'iodoforme, et procède au quatrième temps.

4° *Suture et pansement.* — Les points de suture au crin de Florence peuvent être appliqués aux deux extrémités de l'incision. Nous ferons remarquer que la réunion par première intention est rarement obtenue entièrement; de plus, certains points finissent par lâcher et ulcérer la peau. Néanmoins, la rapidité de la cicatrisation, dans le cas où une partie de la plaie est tant soit peu réunie, doit engager le chirurgien,

quand les cas le permettent, à en faire bénéficier son opéré.

C'est à cela, en grande partie, que la jeune fille qui fait l'objet de la XVIII^e observ., a dû sa prompte guérison; quelques jours, en effet, après les points de suture, la moitié inférieure de la plaie était cicatrisée.

Lorsque les lèvres de la plaie s'écartent, que convient-il de faire? M. Duret bourre la cavité de gaze iodoformée chiffonnée, applique une épaisse couche ouatée, et applique un spica compressif. Ce pansement est renouvelé quand il est souillé, quand il est d'une odeur forte, ou que l'opéré accuse une ascension fébrile.

Enfin, le chirurgien peut ne pas appliquer les points de suture: c'est quand les bords de la plaie sont épaissis, infiltrés, contus; dans ces cas les points de suture cèdent presque toujours.

On a vu dans notre I^{re} observation (hématome traumatique) que le professeur s'est contenté de faire une incision cruciale, large, de vider l'énorme cavité de caillots sanguins qu'elle contenait et de panser à plat et à l'iodoforme.

Dans ce cas l'opération s'est faite sans chloroforme.

OBSERVATION XIX^e.

Inflammation de la bourse séreuse trochantérienne et phlegmon péryphérique. (Observation personnelle).

Le nommé Janssens Henri, 40 ans, terrassier, entre dans le service de M. Duret, le 19 novembre 1888. Voici ce qu'il raconte: Voulant mettre sur la voie un wagonnet chargé, il ressentit une douleur très vive dans les reins, l'obligeant à s'adresser au médecin de l'*Assurance contre les accidents de l'industrie*, le 9 novembre.

Là M. le D^r Guermonprez reconnut l'existence de douleurs lombaires des deux côtés de la colonne vertébrale, sensibilité exagérée à la pression et à la piqure surtout à gauche.

Quatre ventouses scarifiées.

10 novembre. — La douleur n'a pas diminué.

Quatre ventouses scarifiées lui sont encore appliquées, et on lui prescrit pour la journée une potion au salicylate de soude, 2 grammes.

11 novembre. — L'état de Janssens est toujours le même : hyperesthésie prononcée à gauche, du même côté sensibilité exagérée au froid.

Purgatif, vésicatoire en arrière et à gauche.

13 novembre. — Le point ischiatique est manifeste de chaque côté. 2 vésicatoires *loco dolenti*.

14 novembre. — Le blessé dit avoir eu la fièvre la nuit précédente. Salicylate de soude 2 grammes, une pilule d'extrait thébaïque 0,05 pour le soir lui sont prescrits.

15 novembre. — Il se sent encore plus malade que la veille, mais il est surtout préoccupé de l'adénite inguinale gauche qui est la conséquence de l'angioleucite minime autour du vésicatoire placé en arrière du grand trochanter et parallèlement à l'axe du membre.

Il dit avoir mieux dormi que la nuit dernière.

On remplace par du sparadrap diachylon le pansement qu'il avait cru devoir préférer.

17 novembre. — M. Liber, interne de la maison de secours, constate les signes d'une névralgie intercostale, et ceux d'une lomb-abdominale, toutes deux à droite. La station debout est difficile, et la douleur spontanée est surtout dorsale.

État gastrique. — Un purgatif.

Un vésicatoire dorsal 7/20^e.

19 novembre. — Il entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Duret, où lui sont appliquées 8 ventouses scarifiées.

22 novembre. — Le malade n'est pas mieux. Il se plaint toujours.

26 novembre. — Le patient ne souffre pas tant des reins, il se plaint surtout de la région trochantérienne droite.

27 novembre. — Le sujet dit n'avoir pas dormi hier, il accuse des douleurs au niveau du grand trochanter droit.

Examen. — On voit le membre droit plus volumineux que celui du côté gauche; il existe, en effet, une tuméfaction occupant la partie

externe du grand trochanter, et s'étendant jusqu'au pli de l'aîne correspondant, c'est-à-dire une zone ayant 20 centimètres de large sur 16 cent. de long, parallèlement à l'axe du membre.

La peau est luisante, uniformément rouge, ne présentant pas de teintes claires à son centre, ni de bord net la séparant des parties saines. Elle se continue sans ligne de démarcation aucune avec les tissus indemnes.

La peau est chaude, tendue : le toucher n'y dénote pas d'existence de relief.

Par la pression, on détermine de vives douleurs sur toute l'étendue de la zone enflammée. Mais on croit percevoir une fluctuation profonde en mettant les mains l'une en avant du grand trochanter, l'autre sur la face antérieure de la cuisse et en exerçant alternativement des pressions profondes.

La mensuration prise des deux côtés de la pointe du coccyx à l'épine du pubis donnait 48 cent. pour le côté malade ; 44 cent. pour le côté sain.

Diagnostic : *Inflammation de la bourse séreuse trochantérienne* ayant donné lieu à un *phlegmon périphérique*.

Traitement : Émollients, puis débridement sur une étendue de 6 centim. dans le sens vertical de la cuisse, avec précautions antiseptiques. — Il ne s'écoule qu'un peu de pus infiltré.

Pansement : Gaze iodoformée et spica de l'aîne.

RÉFLEXION. — Nous avons oublié une particularité intéressante sur laquelle nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs. — Le malade qui fait l'objet de cette observation, portait en arrière du grand trochanter droit, les traces d'un vésicatoire ayant donné lieu à de nombreuses éruptions d'ecthyma à en juger par les croûtes disséminées sur la surface qu'occupait le révulsif.

M. Duret pense que c'est là le point de départ du *phlegmon périphérique*.

Des agents irritants (cantharide ou autre auraient été absorbés par les vaisseaux capillaires qui ont une large

communication avec ceux de la bourse séreuse trochan-
térienne ; un épanchement séreux a été déterminé dans la
bourse et un phlegmon au voisinage.

Nous pensons que pareils faits, sans être rares dans la
science, ne sont pas cependant dénués d'intérêt.

29 novembre. — Le sujet se sent mieux. — On lui renouvelle son
pansement.

30 novembre. — L'opéré n'a pas beaucoup reposé la nuit, il a eu
39° le soir.

M. Lancial, chef de clinique, fait une contre-ouverture, pratique
des injections antiseptiques et refait le pansement après avoir passé
un drain.

1^{er} décembre. — On renouvelle le pansement.

2 décembre. — Le blessé est beaucoup mieux.

CONCLUSIONS

1. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

2. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

3. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

4. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

5. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

6. Les échantillons analysés dans les
boîtes métalliques hermétiques sont
plus purs que ceux analysés dans les
boîtes ordinaires.

CONCLUSIONS.

1° *Les épanchements sanguins traumatiques* dans les bourses séreuses trochantériennes sont fréquents; et les *hëmo-hygromas spontanés* sont moins rares qu'on ne le pense généralement.

2° Leur existence n'est pas toujours sans danger pour l'organisme, surtout lorsqu'ils deviennent le foyer de suppuration, comme en témoignent nos observations.

3° Ils peuvent être la cause de fistules intarrissables, de phlegmons par diffusion, de carie du grand trochanter, voire même de la mort, à la suite d'infection purulente. (VII^e Obs. XV^e Obs.)

4° Pour remédier à ces redoutables complications, en cas d'insuccès de la méthode résolutive aidée de la compression, les progrès de la chirurgie moderne autorisent le chirurgien à se prononcer pour une des opérations mentionnées dans notre travail.

5° L'ablation de la bourse séreuse semble devoir être préférée dans le cas d'hëmo-hygroma chronique avec épaissement des parois : elle a donné de bons résultats à M. Duret.

6° Dans les épanchements traumatiques, qui s'enflamment

ou n'ont pas de tendance à se résorber, *l'incision large, cruciale*, suivie de pansement, à fond et à plat à la gaze iodoformée, renouvelé en temps opportun, peut être faite avec des résultats satisfaisants, et sans graves dangers, quand on prend les précautions antiseptiques ordinaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- GAME. — Thèse de Paris, 1846.
BESAUCÈLE. — Thèse de Paris, 1874.
RECLUS et KERMISSON. — Path. chir., t. I.
RENON. — Thèse de Paris, 1871.
BOYER. — Traité de maladie chirurg., t. 6 et II^e.
Bulletin de la Société anat. cliniq. de Lille, an. 1887.
C. NANCREDÉ. — Encycl. de chirurg., an. 1884, t. III.
A. DESPRÈS. — Chirurgie journalière.
CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration.
Id. Arch. gén. de méd. 2^e serie, an. 1853, t. II.
Bulletin médical du Nord, an. 1885.
TILLAUX. — Anat. topograph.
Compendium de chirurg. pratiq., an. 1851, t. I.
BOUCHUT. — Path. générale.
VELPEAU. — De la contusion, thèse de concours.
PETREQUIN. — Anat. descript., an. 1844.
WIRCHOW. — Traité des tumeurs.
CRUVELHIER. — Anat. pathol., t. III^e. Bourses trochanté-
riennes.
Dict^{re} de Dechambre, t. XX^e.
MALGAIGNE. — T. IV. Traité d'anat. pathol. générale.

Dict^{re} de méd. et de chirurg. : Divers épanchements des bourses séreuses.

The Lancet, 8 oct. et 20 nov. 1870.

VELPEAU et BERAUD. — Anat. chirurg.

A. NÉLATON. — Path. chirurg., t. I, p. 533.

AUG. VIDAL. — Path. ext^e, t. I, p. 458.

FOLLIN. — Id. t. II^e.

BEAUNIS. — Anat. descriptive.

CLOQUET. — Anat. topographique.

SAPPEY. — Id.

P. DECAGE. — Précis de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1882.

POULET et BOUSQUET. — Path. ext^{ne}, t. I.

FOLLIN et DUPLAY. — Path. ext^{ne}, t. II, an. 1865.

NÉLATON. — Épanch. sang., t. I, an. 1868.

P. GILLETTE. — Cliniq. chirurg. des hôpit. de Paris, 1877.

JAMAIN et TERRIER. — Path. chirurg., 3^e édit., t. I, Paris, 1877.

PETER. — Cliniq. médic., t. I.

Vu :

Le Président de la thèse,
TARNIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

1877. - *Le rôle de la chirurgie dans l'étiologie des*
maladies du système nerveux.

The Lancet, 20 oct. 1877.

Journal de l'Association Médicale - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

Le Lancet - 1877.

1877.



