

UN CAS D'HYGROMA CALCULEUX PRÉ-ROTULIEN

PAR
E. G. HELLGREN

Les burso-lithiases sont des affections relativement banales et ne donnent pas nécessairement des signes morbides cliniques. Le cas suivant présentait toutefois un certain nombre de points intéressants.

J. 21750/31. Ménagère de 55 ans. A l'âge de 8 ans, en faisant de la luge, la malade heurte son genou droit au point qu'elle doit garder le lit pendant un mois, au cours duquel on pratique des onctions quotidiennes avec une pommade jaune dont la malade ignore la composition. Peu à peu, le genou guérit complètement. La malade se marie et a deux enfants (jumeaux), qui meurent cependant au bout de trois semaines, de faiblesse congénitale. Pas de fausses couches. Ultérieurement, vers l'âge de 35 ans, la malade est atteinte de syphilis sans troubles notables. Ce n'est qu'il y a environ 10 ans qu'elle subit un traitement (6 à 7 injections), bien qu'elle ne se sente nullement malade. Quelques années plus tôt, vers l'âge de 40 ans, elle se plaint parfois de son genou lorsqu'elle lave le plancher. Douleurs autour de la rotule et enflure. Ces douleurs deviennent peu à peu constantes. En 1926, à l'âge de 50 ans, la malade est atteinte d'un phlegmon de la jambe, qui fut incisé. La collection purulente aurait siégé à la face antérieure de la jambe, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur; il aurait cependant existé une zone libre d'au moins 15 centimètres au-dessous de l'ar-

ticulation du genou. Pendant cette période, la malade prend, durant 6 à 7 semaines, 1 gr. d'iodure de potassium 3 fois par jour (Wassermann positif le 12/10 1925). Il y environ un an, la malade est de nouveau prise de troubles, avec sensation de pression à la partie antérieure de l'articulation du genou et douleurs à la marche. Au cours des derniers mois, la situation



Fig. 1.

Vue axiale de la région rotulienne.

s'est notablement aggravée et la malade a observé une tuméfaction au-dessous et sur les parties latérales de la rotule. Il y a environ 3 semaines, en descendant un escalier, elle ressent un claquement très net dans le genou et depuis ce moment les troubles se sont accentués.

Etat le 7/7 1931: Embonpoint marqué. La malade donne l'impression de la santé. Aucune lésion du coeur, des poumons ni de la gorge. Réflexes pupillaires normaux. Du côté droit, le réflexe rotulien fait défaut; du côté gauche, il est positif, mais faible.

Le genou droit présente une tuméfaction ayant largement les dimensions d'une noix, légèrement aplatie, siégeant en avant de la partie inférieure de la rotule, s'étendant un peu au-dessous

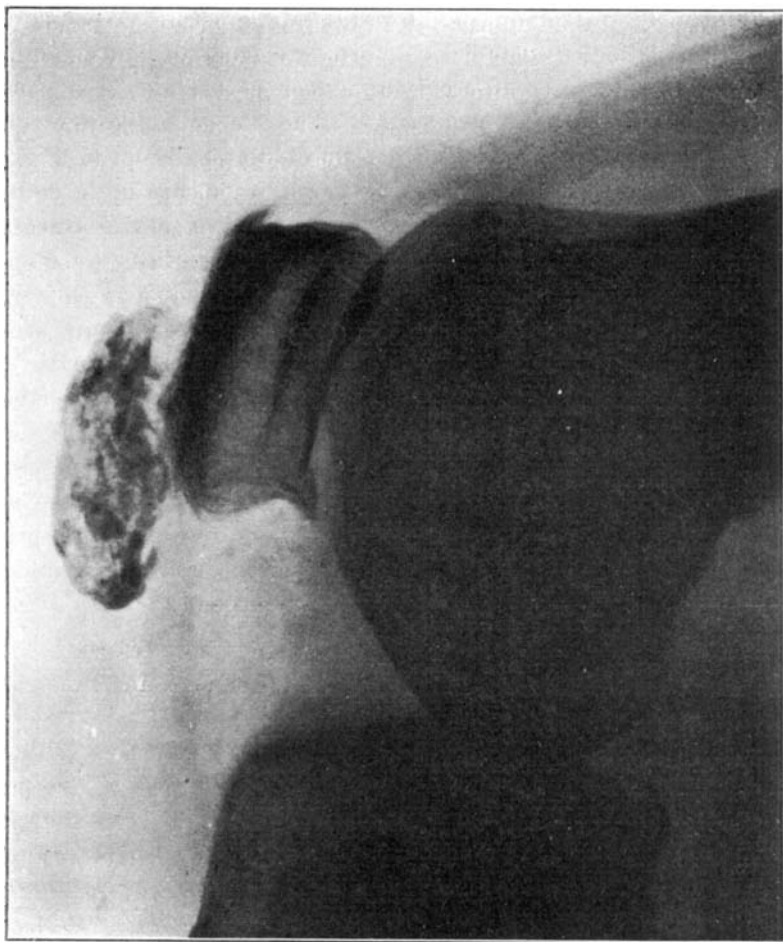


Fig. 2.

Vue latérale du genou droit.

de celle-ci et peut-être légèrement latérale par rapport à la ligne médiane de la rotule. La tuméfaction en question n'est pas mobile par rapport à la rotule; elle est indolente à une palpation

modérée. Elle paraît fluctuante et l'on constate à l'intérieur l'existence d'un certain nombre de modifications des parois, crépitanes les unes contre les autres et perceptibles au toucher. On a également l'impression de concrétions riziformes de même nature à l'intérieur du sac. La radiographie permet de constater des lésions légères d'arthrite déformante, sous forme d'acumination des éminences intercotyloïdiennes et éversion des bords articulaires égale des deux côtés; il existe en outre une zone aplatie, de forme généralement ellipsoïdale et d'environ $3 \times 3 \times 1,5$ cm., située en avant de la partie inférieure de la rotule droite et présentant un ensemble d'ombres d'opacité calcaire (v. les fig. 1 et 2). Un certain nombre d'entre elles sont disposées, sous forme de petites plaques, parallèlement à la périphérie et vers le bord de la néoformation. La face rotulienne sous-jacente est un peu plus rugueuse que normalement, mais, en dehors d'une petite ossification au niveau du point d'insertion du quadriceps et des lésions d'arthrite déformante signalées ci-dessus, elle ne présente aucune lésion notable. Aucune précipitation périostique sur le tibia. Exception faite pour une ou deux ombres calcaires de la grosseur d'une tête d'épingle près du trochiter de l'humérus gauche, les radiographies des grandes articulations ne présentent rien de particulier.

En raison des troubles que provoque depuis quelque temps la formation en question, qui est certainement ancienne, on conseille à la malade l'extirpation de celle-ci.

Opération le 11/7 1931: (Dr. Nilsonne): Anesthésie à l'éther. Incision longitudinale au-dessus de la résistance. A $\frac{1}{2}$ cm. au-dessous de la peau, on trouve une formation dont l'aspect et la forme rappellent exactement ceux de la rotule. Elle adhère à la rotule. La formation pathologique est excisée à la pointe du bistouri, par dissection dans une couche située légèrement en dehors de la tumeur. Pas d'hémorragie. Deux points sous-cutanés au catgut et suture en surjet de la peau avec un catgut fin. Pansement. Attelle de Cramer.

La pièce excisée, qui donne l'impression d'une bourse muqueuse avec de légères calcifications pariétales et quelques concrétions riziformes dans la cavité, est envoyée sans être incisée

et dans une solution de formaline à 10 % au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôpital de Maria, aux fins d'examen histo-pathologique.

Résultats de l'examen histo-pathologique: (Dr. Fredrik Wahlgren): Les parois de la bourse sont constituées par un tissu conjonctif pauvre en cellules et fortement hyalinisé. La cavité est parcourue par des faisceaux de tissu conjonctif de même nature et les cavités réticulaires sont occupées par des masses calcaires amorphes. Pas de lésions inflammatoires. Pas de formations osseuses (v. les fig. 3 et 4).

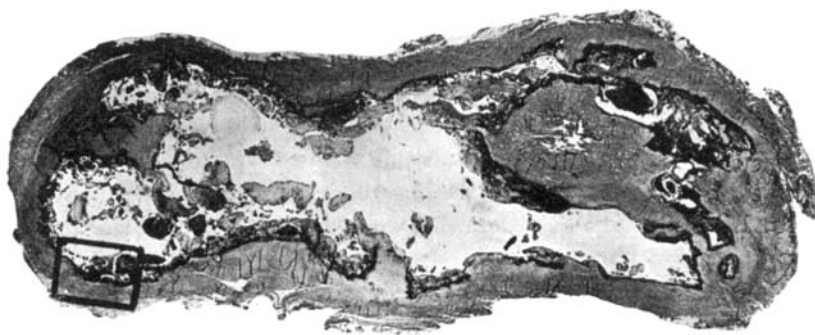


Fig. 3.

Coupe transversale de la pièce, grossie 3 fois. La partie encadrée se retrouve à un plus fort grossissement à la fig. 4.

20/7 31: La santé de la malade continue à être bonne. Pas de fièvre. Aucune réaction au niveau de la plaie. On enlève les fils. Réaction de précipitation: 17 mm/1 h.

23/7 31: On commence une mobilisation prudente. Essai d'un support plantaire.

6/8 31: Un peu d'enflure de la jambe et gêne légère de la marche. Exeat. La malade viendra continuer son traitement à la polyclinique. Réaction de précipitation: 45 mm/1 h.

7/9 31: L'articulation du genou se meut librement. Pas de gêne de la marche. On cesse le traitement. Radiographie finale et photographie ordinaire. Réaction de précipitation: 20 mm/1 h.

23/10 31: Wassermann positif. On institue la médication

iodurée en conseillant de la poursuivre pendant plusieurs mois. Aucune gêne locale.

L'indication immédiate de l'opération fut donnée, dans le cas dont il est ici question, par l'impossibilité d'exclure avec certitude une transformation maligne déjà existante ou prochaine. La littérature renferme des cas de ce genre. C'est ainsi que, chez un homme de 67 ans, une bourse prétiibiale avait, dans l'espace de 7 ans, augmenté au point de former au niveau de la tête tibiale une grosseur ayant, à l'époque de l'examen, les dimensions d'une mandarine (1). Par périodes, il s'était produit une fistule donnant issue à des masses jaunâtres. Un mois avant l'examen, le malade avait fait une chute et heurté son genou: la fistule s'était réouverte et avait donné issue à d'abondantes masses de sang. L'examen de la pièce excisée, dont les parois présentaient quelques légères calcifications, avait permis de porter le diagnostic de sarcome fuso-cellulaire.

La dénomination anglaise de l'hygroma prérotulien chronique, *housemaid knee*, indique son étiologie habituelle. Une inflammation d'une bourse séreuse ainsi chroniquement hypertrophiée peut se produire, p. ex., au cours de la goutte, du rhumatisme et de la syphilis (2). Diverses opinions se sont fait jour au sujet de la pathogénèse de la forme fibreuse non syphilitique. C'est ainsi que certains auteurs considèrent la couche interne ou fibroïde de la bourse comme une couche de nécroses par coagulation. Cette conception a donné naissance au terme *hygroma destructif* qui a été proposé. L'ordre chronologique suivant des phénomènes: traumatismes répétés — hyperhémie — hyperplasie — destruction partielle et nécrose des parties centrales, donne une idée de l'évolution qui se produit dans la formation d'une bourse adventive fibroïde. Sur la paroi interne d'une bourse de ce genre, on peut trouver des végétations diverses, de forme papillomateuse, villeuse ou pédiculée. Si l'une d'elle se détache, elle donne naissance à un corps libre. Il n'existe pas de revêtement endothélial de la cavité. Il est facile de s'expliquer la tendance à la calcification, la chaux se précipitant volontiers, comme on le sait, dans les tissus nécrotiques qui, à l'inverse des tissus vivants, ont une réaction alcaline.

La calcification d'un hygroma peut donner naissance à des formations d'apparence exostotiques. On trouve dans la littérature un cas dans lequel on constata, dans la cavité de la bourse prérotulienne, l'existence d'une masse calcaire de la grosseur du poing, masse qui s'était développée dans un délai

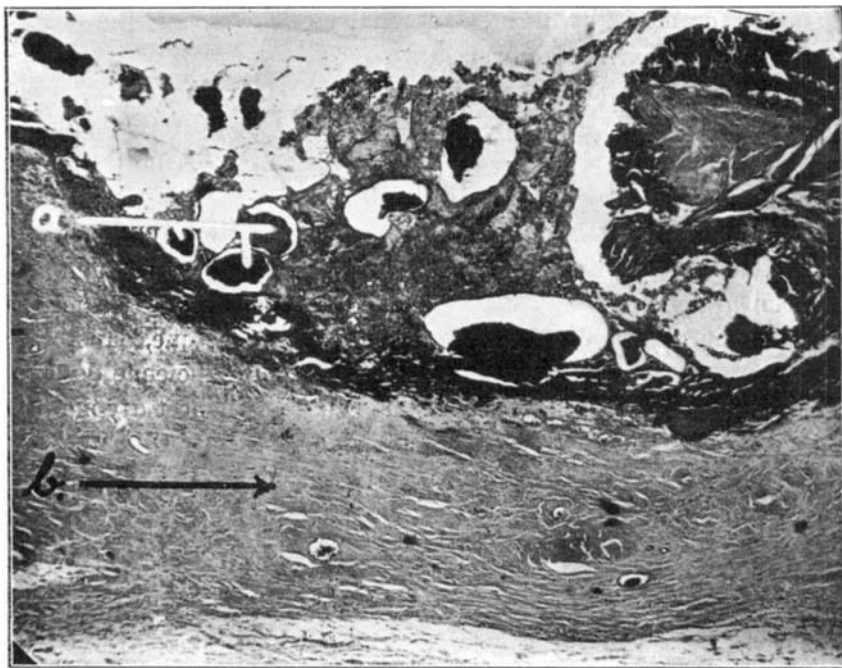


Fig. 4.

Détails de la fig. 3, grossissement 40 fois.

- a. Masses calcaires amorphes.
- b. N—B. Aucun signe d'inflammation.

de dix ans. L'auteur conclut, sous quelques réserves, qu'une inflammation tuberculeuse avait donné naissance à l'hygroma calculeux (3).

On a récemment publié un cas de bourse calcifiée, avec tableau histologique analogue, sous le tendon commun du triceps huméral (4).

Dans la syphilis secondaire, on trouve parfois des hygromas

qui, au stade tertiaire, présentent ultérieurement des formes gommeuses (5). Ces lésions syphilitiques des bourses séreuses apparaissent souvent après un traumatisme et tel est particulièrement le cas pour la bourse prérotulienne. Les formes fibreuses sont très indolentes et ne grossissent que lentement. Les formes peu développées cèdent au traitement spécifique, tandis que les formes plus volumineuses doivent, surtout si elles sont ulcérautes, doivent être excisées.

RÉSUMÉ

Dans le cas que nous venons de relater d'hygroma calculeux prérotulien, le tableau histo-pathologique ne donne aucun argument en faveur de l'origine tuberculeuse, de la malignité, ou d'une étiologie syphilitique; il s'ensuit que, dans ce cas étrange de »housemaids knee«, la spécificité ancienne de la malade ne peut être invoquée comme cause de l'aspect atypique que présentait l'affection.

SUMMARY

In the case of hygroma calculosa præpatellaris that is recorded the anatomicopathological picture does not give any clue to the existence of tuberculosis, malign tumour or syphilis; there is thus no reason to suppose that the patient's former syphilitic infection should be the cause of the atypical picture afforded by this case of »housemaid's knee«.

ZUSAMMENFASSUNG

Im mitgeteilten Fall von hygroma calculosa præpatellaris gibt das pathologisch-anatomische Bild keinen Anhalt für das Vorliegen einer Tuberkulose, eines malignen Tumors oder einer Syphilis. Man hat also keinen Grund anzunehmen, dass die frü-

here syphilitische Infektion der Patientin das atypische Bild, das dieser Fall von »housemaids knee« darbietet, verursacht haben sollte.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Engel*: Hygroma chronique de la bourse prétiibiale superficielle. Sarcome fusocellulaire d'origine récente. Soc. anatom. de Paris janv. 1912.
2. *Bradford, Lovett*: Ortopedic surgery. Boston 1890.
3. *Haupt*: Ueber einen verkalkten Tumor der Bursa praepatellaris. Diss. Freiburg 1905.
4. *Kadrnka, Naz*: Burso-lithiase sous-tricipitale. Acta radiologica Scand. 1931.
5. *Tubby*: Deformities including diseases of the bones and joints I. London 1912.