

genèse de ce néoplasme, l'élément originel, et que la lésion procède du tissu conjonctif inter-fasciculaire. Le tissu embryonnaire, néoformé entre les faisceaux, comprime ceux-ci et y détermine une atrophie simple ou accompagnée de transformation granulo-graisseuse. — Les *myxomes* et les *lipomes* se rencontrent dans les muscles, comme tumeurs isolées ou comme tumeurs complexes désignées sous le nom de myxomes lipomateux. — Les *fibromes* des muscles, ou plutôt les néoplasmes publiés, sous ce titre, se rapportent soit à des sarcomes fasciculés, tumeurs malignes, soit à des formations fibreuses consécutives à une myosite chronique. — Les *chondromes* atteignent quelquefois le tissu conjonctif intermusculaire : cela s'observe surtout dans certains chondromes de la parotide. — On a signalé des *angiomes* caverneux des muscles. — Le *carcinome* et l'*épithéliome* des muscles sont toujours secondaires : ils se produisent par propagation ou par infection.

VII. — PARASITES DES MUSCLES

On rencontre dans les muscles trois espèces de parasites : 1° les cysticerques ; 2° les trichines ; 3° les kystes hydatiques à échinocoques.

Les cysticerques sont rares chez l'homme : ils sont contenus dans des kystes blanchâtres, à coque fibreuse, de la grosseur d'un petit pois.

Les kystes contenant la trichine enroulée sont à peine visibles à l'œil nu.

Les kystes hydatiques des muscles sont assez fréquents. Ils ont comme lieux d'élection : le tronc (régions lombaire, pectorale et dorsale) ; le membre inférieur (adducteurs, couturiers, triceps, fessiers) ; le membre supérieur (pectoraux, trapèze, deltoïde, biceps). La tumeur, indolente, s'accroît peu à peu : sa forme est le plus souvent ovoïde, oblongue ; elle se déplace avec le muscle en repos ; elle s'immobilise par la contraction ; elle est rénitente, élastique, parfois d'une *dureté telle qu'on a pu croire à une tumeur solide*. La suppuration est une complication rare. Le diagnostic, souvent hésitant, est fixé par la

ponction exploratrice et par le jaillissement d'un liquide clair comme de l'eau de roche.

ARTICLE II

AFFECTIONS DES TENDONS ET DES GAINES TENDINEUSES

I. — SECTIONS TENDINEUSES

Anatomie pathologique. — Un tendon a été divisé, soit par une lésion accidentelle, soit par une section chirurgicale qui peut être sous-cutanée ou à ciel ouvert : les deux bouts s'écartent l'un de l'autre, le bout central étant entraîné par la tonicité musculaire, le bout périphérique obéissant à l'action des tendons antagonistes.

1° *Écart intersegmentaire.* — Cet écartement des deux bouts est d'autant plus grand que le tendon est plus libre dans sa gaine ; les méso-tendons jouent le rôle de freins d'arrêt limitant la rétraction. — L'écart est encore d'autant plus marqué que le tendon est plus distendu par la position du membre ; d'où ce précepte utile : placer, pour la recherche et la suture des bouts tendineux, le muscle correspond dans la position, qui, rapprochant le mieux ses points d'insertion, le met au plus grand relâchement possible. — Enfin, il faut distinguer l'écart qui résulte du raccourcissement élastique, suivant immédiatement la section, et celui qui s'accroît tardivement par la rétraction secondaire : d'où, cette règle de traiter par la suture immédiate les sections tendineuses.

2° *Cicatrisation spontanée après une section tendineuse.* — Quand la distance qui sépare les deux bouts tendineux n'est point trop considérable, on peut voir, pour certains tendons, la cicatrisation spontanée combler le vide entre les deux segments : l'exemple le plus intéressant est fourni par le tendon d'Achille, dont la section est fréquemment pratiquée dans le

traitement des pieds bots. A l'occasion de cette section sous-cutanée du tendon d'Achille, les chirurgiens ont depuis longtemps étudié expérimentalement le procédé de réparation spontanée : il faut noter les travaux de VON AMMON, de BOUVIER, de PIROGOFF, de KÖRNER, d'ADAMS, de DEMBOWSKI ; dans la période contemporaine, la belle étude de RANVIER sur les éléments cellulaires des tendons a servi de point de départ à des recherches histologiques sur la régénération tendineuse, parmi lesquelles il faut citer surtout les mémoires de BELTZOW, de VIERING, de BUSTE et d'ENDERLEN.

Dans l'espace qui sépare les deux bouts, à l'intérieur de la gaine, on voit, dès les premiers jours, se former une sorte de bouchon intertendineux : au neuvième jour, c'est un cordon mou, rosé, mince en son centre et biconique. Du quatorzième au dix-huitième jour, le cal est devenu fibreux ; mais il faut attendre le deuxième ou troisième mois, pour que sa consistance et sa résistance soient comparables à la normale, pour que le raccord entre les deux bouts ait la solidité nécessaire à la fonction.

Aux dépens de quels éléments s'opère cette régénération tendineuse ? — Selon la théorie de HUNTER, elle se fait par l'organisation du sang épanché, hypothèse comparable au rôle attribué au caillot dans la cicatrisation des artères ; mais, bien que MAX SCHEDE ait naguère conseillé le pansement des plaies tendineuses sous caillots sanguins, « die Blutschorfheilung », il est établi actuellement que le caillot est un matériel anatomique mort inapte aux réparations, destiné à la résorption. — La théorie cellulaire est maintenant démontrée et les recherches d'ENDERLEN en constituent le meilleur document. Ce sont les cellules tendineuses, surtout, et, pour une certaine part, les éléments de la gaine celluleuse entourant le tendon d'Achille, qui, par leur prolifération active (nombreuses figures de mitose dans les préparations d'ENDERLEN) vont régénérer le tendon entre les deux bouts. A cette phase de néoformation cellulaire, succède la production de fibrilles tendineuses. Ce processus se continue dans les deux bouts tendineux, à quelque distance de la tranche de section. La néoformation fibril-

laire est faite au neuvième jour : dès ce moment, le raccord par le cordon tendineux intersegmentaire est réalisé ; dans la suite, ce néotendon se durcit et achève de s'organiser.

Symptômes. — *Impotence du muscle correspondant*, surtout évidente quand il s'agit d'un tendon à action limitée, comme c'est le cas des fléchisseurs des doigts et des orteils ; *déformation*, résultant de la dépression qui répond au vide intersegmentaire : tels sont les signes d'une section tendineuse. — Le diagnostic est confirmé par la notion anatomique du trajet tendineux et de ses rapports avec le siège de la plaie. Si la plaie est étroite et les signes d'impissance motrice peu nets, il convient de débrider pour préciser le diagnostic et opérer la suture, d'une façon clairvoyante.

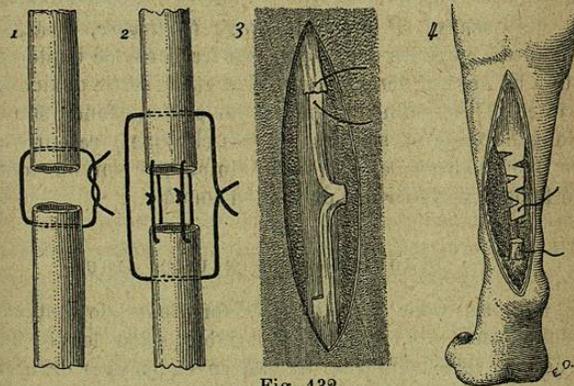


Fig. 132.

Sutures tendineuses.

1, procédé de Wolfier. — 2, procédé de Le Dentu, fils d'appui et fils d'affrontement. — 3, suture à distance (Procédé de Czerny, dédoublement du bout périphérique). — 4, allongement du tendon d'Achille, par des incisions en accordéon (A. PONCET).

Traitement. — De deux hypothèses, l'une : les deux bouts peuvent, ou non, être amenés au contact. — Dans le premier cas, on pratique la suture tendineuse directe, la ténorrhaphie. Le catgut est le fil de choix. Les tendons gros et cylindriques sont suturés par le procédé de LE DENTU qui comprend un

double plan : 1° une suture d'appui, à distance des tranches ; 3° une suture d'affrontement. Les tendons plats et laminés, s'éraillant facilement sur le fil sont réunis par les procédés de LE FORT, ou de VÖLFLER qui traversent plusieurs fois chaque bout et ramassent la lame tendineuse sur elle-même.

Lorsque l'affrontement des deux segments est difficile, il faut y aider par l'expression : avec la main ou une bande roulée, on comprime de haut en bas le corps musculaire correspondant, de façon à faire descendre le bout central. Si, malgré tout, les bouts restent distants, on a le choix entre quatre partis : 1° faire la suture à distance avec des anses de catgut tendues d'un segment à l'autre et destinées à diriger la néoformation cellulaire issue des bouts ; 2° allonger l'un des bouts par les incisions en accordéon de PONCET, ou par son dédoublement à la façon de CZERNY ; 3° tenter la greffe tendineuse, c'est-à-dire transplanter, entre les deux bouts, un fragment de tendon emprunté à un animal, tentative qui n'est guère sortie du domaine expérimental ; 4° enfin, ce qui est un procédé fondé sur une physiologie exacte et sur des preuves cliniques, recourir à la suture par anastomose, c'est-à-dire implanter sur un tendon voisin le bout périphérique du tendon coupé.

II. — SYNOVITES TENDINEUSES AIGUES

Les tendons, pour remplir leurs fonctions, doivent effectuer des glissements, d'ampleur variable selon leurs effets : pour assurer cette condition, ils sont enveloppés par des gaines séreuses, dont la pathologie est comparable à celle des synoviales articulaires. — Les gaines tendineuses affectent, par rapport au tendon, deux dispositions principales : 1° la gaine occupe un seul côté du tendon (gaine vésiculaire, bourse tendineuse) ; 2° le manchon séreux engaine complètement le tendon, de la même façon que le péritoine enveloppe l'intestin grêle. Toute altération inflammatoire, qui diminue le jeu du tendon dans son fourreau séreux, atteint, par là même, la fonction du segment de membre correspondant : cette notion est capitale en pratique.

Anatomie pathologique. — Étant donnée une irritation pathologique, habituellement d'ordre infectieux, portant sur une gaine tendineuse, la réaction inflammatoire de la synoviale se réalise selon les types anatomiques suivants : *synovite sèche* ; *synovite séreuse* ; *synovite fibrino-purulente* de BONNET.

1° A son degré de moindre intensité, la synoviale se congèstionne, et son endothélium se desquamé ; c'est la *synovite congestive*.

2° Quand l'inflammation est plus vive, elle détermine une transsudation de liquide. A l'état normal, la synovie est peu abondante : elle se borne à lubrifier la surface et à favoriser le glissement. Lorsque sa sécrétion s'exagère, il se produit une *synovite séreuse*, une hydropisie de la gaine, analogue à l'hydarthrose. Ainsi se forment les *kystes synoviaux*.

3° Les synoviales tendineuses présentent, comme toutes les séreuses, une tendance aux *inflammations fibrino-purulentes*. Si les exsudats inflammatoires s'organisent en néo-membranes, il en résulte des *adhérences*, qui sont, pour d'autres séreuses (la plèvre, par exemple), un moyen de circonscrire et de cloisonner le processus, mais qui, ici, ont pour résultat grave d'immobiliser le tendon et de l'enchaîner dans sa gaine (ankyloses tendineuses) : c'est la *synovite plastique*, comparable à l'arthrite plastique ankylosante. Enfin, les produits exsudés subissent la transformation purulente ; la gaine se remplit de pus : c'est la *synovite suppurée*.

Formes cliniques. — 1° *Synovite sèche.* — A la suite de mouvements forcés, on observe, surtout au niveau du poignet, une synovite dont le signe essentiel est une crépitation douloureuse : en empoignant le poignet à pleine main, on perçoit, à chaque mouvement, une crépitation comparable à l'écrasement de l'amidon ou de la neige (crépitation amidonnée ou neigeuse). Son siège occupe, soit la gaine antibrachiale des radiaux, selon LARGER, soit la bourse séreuse interposée entre les radiaux et les tendons du pouce, selon DEBIERRE et ROCHET. C'est la ténosité crépitante, l'*ai douloureux* (le malade jette un cri douloureux à chaque mouvement), le knirrband des Allemands.

2° *Synovite séreuse*. — L'hydropisie aiguë des synoviales tendineuses se produit, surtout sur le dos de la main, dans les gaines des extenseurs; au pied, dans les gaines des péroniers latéraux, des jambiers antérieur et postérieur, des extenseurs des orteils, des tendons de la patte d'oie. — Parfois consécutive à un traumatisme infecté, elle s'observe, surtout, comme localisation d'une infection générale : rhumatisme, blennorragie; quelquefois syphilis secondaire. Dans les formes très aiguës, un gonflement œdémateux, à peau rosée ou rouge, dessine le trajet de la gaine; la tuméfaction s'étend au tissu péricapsulaire : le rhumatisme ou la blennorragie, qui sont habituellement en cause, sont, selon le mot de PETER, « à fleur de peau ». Dans les formes les plus torpides, la gaine est distendue et fluctuante. Ordinairement la synovite séreuse se résorbe sous l'action de l'immobilisation, des révulsifs, du traitement anti-rhumatismal.

3° *Synovites plastiques*. — Elle a pour caractère essentiel de faire adhérer les deux feuillets de la gaine. Elle résulte parfois d'une synovite crépitante prolongée. On peut l'observer, dans les gaines des tendons voisins d'une fracture trop immobilisée, d'une fracture ouverte infectée, d'une arthrite suppurée. La synovite plastique est encore une conséquence fréquente du panaris compliqué de phlegmon des gaines. — Trois signes la caractérisent : 1° les attitudes vicieuses (main en griffe quand les fléchisseurs sont immobilisés; doigts rigides); 2° la douleur provoquée par les tentatives de redressement; 3° la gêne fonctionnelle qui peut aller d'une simple raideur tendineuse jusqu'à la suppression totale des mouvements. — La notion importante de ces ankyloses tendineuses comporte, comme précepte pratique, le massage précoce et la mobilisation méthodique de tout tendon dont la gaine s'enflamme ou est voisine d'un foyer inflammatoire.

4° *Synovite suppurée*. — Une synoviale tendineuse peut suppurée : 1° consécutivement à une infection traumatique des gaines (piqûre septique, écrasement des doigts, arrachement tendineux); 2° par extension d'une inflammation des parties molles (durillon forcé ou panaris); 3° secondairement à une

infection générale, telle que la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, les formes pyoémiques de la blennorragie.

Le lieu d'élection des synovites suppurées s'observe aux doigts et à la main (p. 745 et 746). Pour expliquer les suppurations profondes de la main et de l'avant-bras consécutives aux infections des doigts, DOLBEAU avait soutenu autrefois que la propagation se faisait par les lymphatiques profonds : *phlegmons lymphatiques* du membre supérieur. — GOSSELIN a établi que cette propagation se fait surtout par les synoviales qui s'étendent des doigts à la main et à l'avant-bras. Trois arguments le démontrent : 1° les panaris les plus exposés à se compliquer d'abcès à la main et de l'avant-bras sont ceux du pouce et du petit doigt dont les gaines digitales communiquent avec les gaines carpo-métacarpiennes interne et externe; 2° l'attitude en griffe des doigts est caractéristique de l'inflammation synoviale; 3° les fusées purulentes vers l'avant-bras, au lieu de se trouver sur le trajet des vaisseaux blancs, le long de la radiale et de la cubitale, sont situées profondément au-devant du carré pronateur.

III. — SYNOVITES TENDINEUSES CHRONIQUES

1° TUBERCULOSE DES GAINES TENDINEUSES

Histoire et doctrines. — Un fait a été établi par les recherches anatomo-pathologiques de ces dernières années : la tuberculose tend à absorber la majorité des synovites tendineuses chroniques. Il s'est produit là un classement nouveau analogue à celui des ostéites et des adénites chroniques; et des formes multiples ont été rattachées à l'infection des gaines tendineuses par le bacille de Koch, formes absolument superposables aux diverses variétés d'arthrites tuberculeuses.

C'est d'abord la *synovite fongueuse*, dont la nature tuberculeuse, indiquée, dès 1873, par LANGEREAUX, COYNE et LABBÉ, fut confirmée par le travail de TERRIER et VERCHÈRE et bien exposée par la thèse de CHANDELUX. — Puis la *synovite à grains*

riziformes, analogue à l'hydarthrose fibrineuse à grains, a été classé dans la tuberculose par les recherches premières de KÖNIG et RIEDEL, par le travail de NICAISE, POULET et VAILLARD découvrant des follicules, des cellules géantes et des bacilles de Koch dans la paroi de ces synovites, par les inoculations positives de TERRILLON et MARTIN, par les mémoires allemands de SCHUCHARDT, LANDOW, RIESE, et GOLDMANN, qui visent surtout le mode de production des grains riziformes. — A la tuberculose nous avons encore rattaché : *certaines synovites à contenu visqueux et gélatiniforme*, qui selon une opinion émise par GARRE, représentent une forme spéciale de la tuberculose synoviale, *l'hygroma myxomateux tuberculeux*; enfin, des *synovites à épanchement séreux*, comparables à l'hydarthrose tuberculeuse, hydropisies des gaines, qui répondent à une infection bacillaire atténuée, susceptible de guérison, mais qui sont capables aussi d'évoluer vers la production de fongosités et de se transformer ultérieurement en type plus grave.

Donc, synovites à épanchement séreux, synovites à grains, synovites à contenu gélatiniforme, synovites à fongosités : telles sont les quatre formes par lesquelles peut se traduire l'infection bacillaire des gaines tendineuses.

SYNOVITES FONGUEUSES

Anatomie pathologique. — Les gaines de la main, du poignet et du cou-de-pied sont le plus souvent atteintes. — Si on ouvre la gaine, on y trouve ordinairement un épanchement plus ou moins abondant, tantôt séreux, tantôt filant et analogue à une synovie trouble, parfois puriforme, jaune verdâtre et mélangé de grumeaux grisâtres, rarement hémorragique (ce qui s'observe dans certaines formes de pachy-synovites avec productions de néomembranes vasculaires fragiles, comparables aux inflammations hémorragiques des autres séreuses (méninges, plèvres, péritoine).

Les fongosités commencent aux points de réflexion, aux culs-de-sac de la gaine, au niveau des mésotendons et, peu à peu, gagnent en surface toute la séreuse; parfois cette dernière

se cloisonne et limite cette extension. — Sur le feuillet pariétal, les fongosités sont les plus développées : elles y forment une couche semblable à la chair d'huître ou d'anguille, de relief variable, tantôt composée de petites saillies villeuses ou de masses mamelonnées, tantôt constituant une nappe sur laquelle se dessinent des trainées jaunes, faites de pus concret; la face libre est criblée souvent de petits nodules, du volume d'un grain de semoule à un grain de mil, translucides ou à centre jaunâtre, qui sont des grains tuberculeux en voie de destruction et d'élimination. — Au-dessous de la *couche fongueuse*, se trouvent, comme l'a décrit CHANDELUX, en allant de la cavité séreuse à la périphérie : 1° la *couche vasculaire* sous-synoviale qui représente la zone d'extension aux dépens de laquelle le tissu fongoïde s'accroît; 2° la *couche lardacée*, qui n'est que le tissu conjonctif, ou cellulo-adipeux, ou intermusculaire, affecté d'œdème chronique; c'est un tissu solidifié par les néoformations fibreuses, qui résiste comme du lard salé sous le scalpel. — Quels sont les rapports des fongosités avec le tendon ? Trois cas se présentent : 1° ce dernier peut rester sain et continuer à glisser dans une coulisse fongueuse; 2° sa surface est entamée légèrement; 3° il est atteint par les fongosités qui pénètrent dans son épaisseur et détruisent sa continuité.

Symptomatologie. — Le début est insidieux. Sur le trajet d'un tendon, siège d'une douleur modérée, se dessine une tuméfaction, manifeste d'abord dans les points où la synoviale est recouverte par une faible épaisseur de tissus et moins bridée. Au cou-de-pied, les gaines rétro-malléolaires interne ou externe se gonflent en un bourrelet, qui efface le méplat normal, et encadre en arrière la malléole correspondante. Au poignet, le ligament antérieur du carpe résiste à la distension : de là, la forme en bissac que prennent les gaines tendineuses digito-palmaires interne et externe, étranglées à ce niveau.

La tumeur ainsi produite peut être déplacée dans un sens perpendiculaire à l'axe du tendon; le déplacement selon l'axe est à peu près impossible; si l'on dit au malade de contracter le muscle qui commande le tendon atteint, on sent, en plaçant

la pulpe des doigts à la surface de la tumeur, que celle-ci éprouve un mouvement de va-et-vient dans le sens de l'action musculaire.

La *consistance* de la tumeur est variable : ferme au début, rénitente ; plus tard, par ramollissement des fongosités et production d'un liquide intra-synovial, elle devient molle, pseudo-fluctuante, fluctuante au niveau des points caséo-purulents ou des épanchements enkystés par cloisonnement séreux. — La gêne des mouvements est un symptôme précoce ; puis, par rétraction musculaire, se produisent des attitudes vicieuses. Si la tumeur siège sur les gaines des fléchisseurs des doigts, ceux-ci se fléchissent peu à peu vers la face palmaire et finissent par ne pouvoir être ramenés à la rectitude.

Les synovites fongueuses tendineuses ont une marche lente : l'affection dure souvent des années avant d'arriver au ramollissement et à la suppuration. Dans leur marche envahissante, les fongosités et le pus dont elles sont l'origine, envahissent les ligaments, les soulèvent en bosselures violacées, les ulcèrent. Ainsi s'établissent des trajets fistuleux, d'où émergent des fongosités : les ganglions sont envahis ; la santé générale est menacée. Mais ordinairement la thérapeutique n'attend pas cette évolution extrême pour intervenir.

SYNOVITES A GRAINS RIZIFORMES

Anatomie pathologique. — Le kyste à grains riziformes se rencontre surtout au niveau des synoviales digito-palmaires : parfois il occupe la paume seulement ; lorsqu'il est volumineux, il distend à la fois le prolongement sus-annulaire et la gaine du petit doigt ou du pouce. Au membre inférieur, on l'observe dans les gaines des extenseurs des orteils, dans les séreuses rétro-malléolaires, dans la bourse du psoas.

La gaine, ainsi distendue, contient en proportions variables : 1° un *liquide* jaunâtre, filant, un peu trouble ; 2° des *grains*, qui sont la lésion caractéristique. Ces grains, de coloration blanc jaunâtre, ont un volume variable, des dimensions d'un grain de millet à celles d'un petit haricot ; ils sont ovoïdes, ou

en forme de galets, ou disposés comme un mince copeau enroulé, ou bien à facettes aplaties par pression réciproque. On les compare à des grains d'orge, à des grains de riz gonflés par la cuisson, à des graines de courge : comparaisons que justifient leur aspect opalin, leur forme, leur consistance. Les uns sont libres ; les autres tiennent à la séreuse par un fin pédicule ; d'autres sont plus ou moins largement sessiles.

Il faut étudier : 1° la *paroi* ; 2° les *grains*. — La paroi de la gaine malade se décompose en trois couches : 1° une *externe*, conjonctive, vasculaire, souvent lardacée ; 2° une couche *moyenne* qui renferme des éléments tuberculeux à un stade plus ou moins avancé de leur développement ; 3° une couche *interne*, qui représente le tiers ou la moitié de l'épaisseur totale, et qui est composée presque entièrement d'une substance amorphe, fibrinoïde.

Deux théories ont été proposées pour expliquer cette formation fibrinoïde : selon la première, elle est un dépôt fibrineux vrai, un exsudat inflammatoire précipité par coagulation sur la face libre de la séreuse ; d'après la seconde, elle provient de la dégénérescence sur place des éléments cellulaires de la couche moyenne et résulte de la « nécrose de coagulation » qui, sur une lame plus ou moins épaisse, fusionne les éléments en une nappe homogène où ne persiste aucun vestige du tissu primitif. Cette théorie de la dégénérescence fibrinoïde des séreuses, appuyée par les travaux de SCHUCHARDT, de VAILLARD et de GOLDMANN, est la plus exacte et la mieux capable d'expliquer la production des grains.

C'est, en effet, aux dépens de cette couche fibrinoïde que se forment les grains. Sous l'action des mouvements du tendon, cette lame nécrosée se fissure : un lambeau clivé se détache et, par le frottement réciproque des feuillettes séreuses, se plisse ou s'enroule. Aux diverses étapes de cette formation correspondent des types divers de grains. On s'explique ainsi : la coexistence des grains adhérents pédiculés et libres, à mesure que le détachement du lambeau fibrineux roulé se complète ; la persistance d'éléments cellulaires, à la surface ou dans l'épaisseur de cer-

surtout des kystes t no-synoviaux, siégeant dans la bourse séreuse du jumeau interne.

La poche kystique forme une tumeur ovoïde, à paroi mince et tendue, contenant un liquide visqueux, jaunâtre ou rougeâtre, comparable à de la gelée de pomme ou de groseille. Les kystes t no-synoviaux s'accolent étroitement aux tendons, parfois aux artères ou aux nerfs voisins, pouvant ainsi simuler un petit anévrisme par transmission des battements à la poche, ou déterminer des phénomènes douloureux qui les font prendre pour un tubercule sous-cutané douloureux.

Deux théories expliquent leur pathogénie : 1^o la théorie de la hernie synoviale ; 2^o la théorie folliculaire de GOSSELIN.

Selon la première, formulée par BÉGIN et BARVELL, la synoviale, repoussée par une accumulation préalable de synovie s'engagerait à travers des  raillures fibreuses, points faibles du revêtement ligamenteux, et pro minerait de plus en plus au dehors.

La théorie folliculaire est une opinion plus juste, car l'anatomie forme sa base : les synoviales, celles du poignet en particulier, sont pourvues de culs-de-sac, *cryptes ou follicules synovipares* ; l'oblitération de l'orifice de ces cryptes et l'accumulation de la synovie dans leur intérieur est le point de départ de ces formations kystiques et l'on s'explique qu'un effort brusque favorise l'issue de la crypte oblitérée, au travers des ligaments. Or, ces follicules synovipares se rencontrent dans les synoviales tendineuses des péroniers latéraux et du jambier postérieur ; mais les gaines du poignet n'en renferment pas : les petits kystes synoviaux de cette région auraient donc, selon GOSSELIN, leur point de départ dans la séreuse radiocarpienne ; se sont des « ganglions articulaires ». Cependant, ce n'est point ce que nous montre toujours l'incision de ces petites tumeurs : leur indépendance apparente d'avec la synoviale articulaire est une disposition qu'on rencontre ; elles ont alors des rapports avec les tendons de la région ; il semble donc qu'il s'agit, pour ces cas, d'*hydropisies enkystées des gaines tendineuses*, le cloisonnement par les adhérences des deux feuillets permettant la formation de petites loges kystiques.

Symptômes. — Le kyste synovial apparait quelquefois brusquement à la suite d'un effort ou d'une entorse. Ordinairement, sa formation est lente, progressive, indolore. Il se montre sous l'aspect d'une tumeur arrondie, ferme, d'une résistance élastique (parfois, tellement dure qu'on a pu prendre un kyste synovial pour une tumeur pleine), fixée aux parties profondes, irréductible, sans changement de coloration de la peau qui glisse librement à sa surface. Au poignet, cette petite tumeur siège, à la face dorsale, sur la ligne qui réunit les deux apophyses styloides : elle s'accroît, lorsqu'on fléchit la main ; elle disparaît en partie, lorsqu'on reporte la main en extension.



Fig. 135.

Kyste t no-synovial du poignet.

Traitement. — L'écrasement est un expédient qui réussit quelquefois ; sous la pression des deux pouces on fait éclater la poche. Actuellement, l'extirpation est le procédé de choix.

IV. — INFLAMMATION DES BOURSES SÉREUSES : HYGROMAS

Les inflammations des bourses séreuses (*bursites*, des auteurs allemands) sont englobées sous le terme générique d'*hygroma*, qui, en bonne nomenclature, ne devrait s'appliquer qu'aux *collections séreuses* de ces bourses.

Bursites aiguës. — Il faut distinguer : les *bursites aiguës*,

les *bursites chroniques*. — Une bourse séreuse peut s'enflammer d'une façon aiguë, à la suite d'une contusion répétée, d'une plaie pénétrante, mais surtout par propagation d'un processus infectieux voisin; tels ces hygromas, souvent suppurés, de la bourse prérotulienne ou rétro-olécraniennne, consécutifs à un furoncle et à une lymphangite du genou ou du coude. Une bursite aiguë peut encore être la localisation d'une infection générale : rhumatisme pseudo-infectieux; gonococcie (douleur du talon des blennorragiens, connue depuis SWÉDIAUR, et due à l'inflammation des bourses sous et rétro-calcanéennes).

Bursites chroniques. — Ces inflammations des bourses séreuses relèvent parfois de causes traumatiques, de contusions et de frottements répétés : tels, l'*hygroma prérotulien* des professionnels agenouillés (frotteurs, asphaltiers, laveuses); l'*hygroma des cordonniers*, au-dessus du genou; l'*hygroma olécranienn* des mineurs; l'*hygroma sus-acromial* des portefaix; telles, les bourses séreuses, qui se développent sur les saillies des pieds bots, au bout des vieux moignons, au niveau des orteils déviés.

La syphilis secondaire détermine parfois l'hydropisie des bourses séreuses, surtout de la bourse pré-rotulienne et celle de la patte d'oie; le tertiariisme y produit des hygromas gommeux, à parois épaisses, capables de s'ulcérer et dont le diagnostic est établi par le traitement spécifique.

La tuberculose des bourses séreuses est d'un plus grand intérêt clinique. Elle prend les formes suivantes, superposables anatomiquement aux synovites bacillaires : *hygroma séreux ou séro-fibrineux*, hydropisie tuberculeuse des bourses; *hygroma à grains riziformes*; *hygroma fongueux*, à parois infiltrées de tubercules, à contenu fongo-caséux; *hygroma myxomateux*, rempli d'une gelée jaunâtre; *abcès froid des bourses*. — Les lieux d'élection de ces « bursites tuberculeuses » qui prêtent parfois à confusion avec des lésions articulaires sont : la bourse rétro-trochantérienne; la séreuse sous-tricipitale; la bourse sous-jacente au psoas, la bourse sous-scapulaire.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES NERFS

ARTICLE PREMIER

LA NÉVRITE EN CHIRURGIE

La névrite est l'inflammation des faisceaux nerveux qui composent les nerfs périphériques. — En chirurgie, comme en médecine, l'importance de la névrite périphérique a été mise en lumière par les travaux contemporains : la démonstration de l'origine infectieuse ou toxi-infectieuse des névrites, la notion des « phlébo-névrites » par extension des phlébites variqueuses aux vasa nervorum des nerfs des membres (sciatique des variqueux de QUÉNU), la preuve expérimentale de l'intervention de la névrite dans l'apparition des atrophies ou paralysies musculaires, tels sont les faits qui ont élargi le rôle chirurgical des névrites périphériques, de même que les médecins ont été conduits à leur reconnaître, en pathologie nerveuse, une valeur qui parfois l'emporte sur les lésions primitives des centres. — Leur histoire s'est ouverte en chirurgie, par l'étude clinique de WEIR MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN, par les recherches anatomopathologiques de TIESLE, KLEMM, FEINBERG, HAYEM.

Anatomie pathologique. — *Névrite parenchymateuse.* — Les lésions histologiques des fibres nerveuses, dans la névrite, sont très comparables aux altérations subies par le bout central d'un nerf sectionné. Le protoplasma granuleux qui, en dedans de la gaine de Schwann, entoure le noyau, prolifère activement : la myéline s'étrangle, se segmente, se divise en fines granulations graisseuses facilement résorbées; le cylindraxe se déforme, devient irrégulier et moniliforme, mais en général ne se détruit