

294 et 401, Paris, 1843. — Olivier, *Dictionnaire* en 30 vol., art. BOURSES MUQUEUSES SYNOVIALES, t. V, p. 537, 2^e édit., 1846. — Lenoir, *Recherches sur les bourses séreuses sous-cutanées de la plante du pied, etc.*, in *Presse médicale*, 1837, n^o 7, p. 49. — Padiou, *Des bourses sous-cutanées et de leurs maladies*, thèse de Paris, 1839, n^o 41. — Massot, *Des kystes séreux ou hygromas profonds qui compliquent les tumeurs, etc.*, th. de Paris, 1854, n^o 60. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 108 (*Système séreux*), 2^e édit., Paris, 1859. — A. Pineau, *Ét. sur les épanchements des bourses séreuses sous-cutanées*, thèse de Paris, 1866, n^o 117. — R. Virchow, 10^e *Leçon*, in *Pathologie des tumeurs* (tr. franç.), t. I, p. 191, 1867. — Boillerault, *Essai sur le rhumatisme non blennorrh. des syn. tendineuses et des bourses séreuses*, thèse de Paris, 1874, n^o 10. — Voir en outre les classiques : Boyer, Nélaton, *Compendium*, Follin, et la bibliographie des *Affections des bourses tendineuses*.

ARTICLE II. — MALADIES DES BOURSES SÉREUSES TENDINEUSES.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des bourses tendineuses.

Les plaies par instruments tranchants ou piquants peuvent n'offrir que peu de gravité, car souvent la réunion se fait par première intention. Toutefois il faut songer à la possibilité d'accidents inflammatoires très-sérieux.

Les plaies contuses sont bien plus graves, et une synovite suppurée en est trop souvent la conséquence, heureux quand il ne se développe pas de phlegmon diffus.

Toutes ces plaies sont caractérisées par l'existence d'une solution de continuité par laquelle s'écoule un liquide filant, visqueux, très-analogue à la synovie, si bien qu'au niveau des articulations l'ouverture des gaines tendineuses peut être prise pour une plaie pénétrante articulaire, et *vice versa*.

Les contusions violentes peuvent déterminer un épanchement sanguin dans la gaine tendineuse, mais le fait est plus rare que pour les bourses sous-cutanées. Dans quelques cas, la contusion donne naissance à des phénomènes inflammatoires aigus ou chroniques; ces derniers se manifestent par une gêne douloureuse suivie de roideur dans les mouvements.

Traitement. — Lors de plaie nette, il faut immobiliser les parties et tout faire pour obtenir la réunion immédiate, en ayant grand soin de surveiller les moyens d'union utilisés et en particulier les sutures.

Si la plaie est contuse, ou bien si la réunion vient à manquer, il faut employer les émoullients, l'irrigation continue (Follin). Lorsque, malgré ces moyens, l'inflammation suppurative apparaît, il faut largement débrider les parties.

Dans les cas de contusion, on devra prescrire les résolutifs, les antiphlogistiques, les émoullients, selon l'intensité des phénomènes réactionnels.

La gêne des mouvements, qui résulte presque toujours de ces lésions diverses, sera combattue par des bains, des douches, le massage, les mouvements méthodiques (Follin).

§ 2. — Lésions inflammatoires des bourses tendineuses.

Comme pour les bourses séreuses sous-cutanées, on peut diviser les lésions inflammatoires des bourses tendineuses en *Synovites tendineuses aiguës* et *Synovites tendineuses chroniques*.

A. Synovites tendineuses aiguës.

On doit en distinguer deux variétés : l'une sèche décrite sous le nom de *Crépitation douloureuse des tendons*, de *Ténalgie crépitante*, *Ténosite crépitante*, de *Synovite crépitante*, d'*Ai*; l'autre caractérisée par un épanchement séreux ou séro-purulent (*Synovite aiguë avec épanchement*, *Synovite suppurée*).

Notons que ces deux formes peuvent être regardées jusqu'à un certain point comme deux degrés de la même affection (Follin).

1^o *Synovite crépitante.*

Cette variété de synovite aiguë résulte le plus souvent de contractions musculaires répétées, les gaines s'enflamment par suite du frottement exagéré des tendons qu'elles renferment.

On l'observe surtout aux membres supérieurs, au poignet, et plus spécialement chez les blanchisseuses, les menuisiers, les moissonneurs, les pianistes, etc. (Follin) Les gaines synoviales de la région tibio-tarsienne en sont assez fréquemment atteintes, en particulier à la suite de marches forcées chez les soldats.

Des violences extérieures pourraient lui donner naissance.

Anatomie pathologique. — Elle est mal connue; toutefois il est permis de supposer que la surface interne de la coulisse tendineuse se dessèche, se recouvre d'un exsudat plastique, et que la crépitation résulte du frottement réciproque de parties devenues rugueuses (Michon, Follin).

Symptômes. — Au début, les malades accusent une assez vive douleur, qui s'exaspère par la pression ou les mouvements; cette douleur ne tarde pas à se calmer, et les mouvements spontanés seuls la

la synovite syphilitique de la période secondaire se terminent aussi par résolution.

La suppuration s'annonce par une exacerbation des phénomènes locaux et l'apparition de phénomènes généraux assez intenses; dans quelques cas cependant elle marche d'une façon latente, insidieuse, et même semble se développer d'emblée (infection purulente). Si le pus n'est pas évacué rapidement, il perfore la synoviale, fuse dans les parties voisines, d'où l'apparition d'un phlegmon diffus, d'une arthrite suppurée, etc. Parfois enfin, ces collections purulentes donnent naissance à des fistules reposant sur des fongosités synoviales, sur des os enflammés ou cariés (Follin). Il est facile de comprendre qu'après ces accidents de suppuration, les mouvements sont abolis ou fortement compromis, soit parce que des adhérences résistantes se sont organisées dans la cavité de la gaine tendineuse, soit parce que le tendon dénudé, macéré par le pus, a été exfolié en partie ou en totalité. Notons que la synovite aiguë avec épanchement peut devenir *fongueuse*.

Diagnostic. — Il est en général facile, surtout si l'on tient compte du siège de la lésion, de sa marche, de sa cause. Toutefois, il peut être difficile de séparer les collections aiguës de nature séreuse, des collections purulentes; à cet égard il faut prendre en grande considération l'intensité et la durée des phénomènes locaux et généraux.

Les simples hydropisies des gaines synoviales (*synovite séreuse chronique*) se distinguent par l'absence de phénomènes aigus et leur longue durée.

Nous verrons plus loin les caractères de la *synovite fongueuse* et ceux de la *synovite tendineuse à grains riziformes*.

Pronostic. — Il est bénin, lorsque l'épanchement est séreux et surtout lorsqu'il est de nature rhumatismale ou blennorrhagique. Au contraire, le pronostic de la synovite suppurée est toujours très-sérieux.

Traitement. — Au début, il faut utiliser les émissions sanguines, l'onguent mercuriel belladonné, les cataplasmes simples ou laudanisés, pour essayer d'obtenir la résolution de l'inflammation.

Les vésicatoires, les badigeonnages iodés, la compression méthodique avec l'ouate, pourraient amener la disparition de l'épanchement séreux, ou empêcher la suppuration.

Dans ce dernier cas, il faut donner issue au pus aussitôt que pos-

sible, afin d'éviter les fusées purulentes et les complications qui en sont la suite. Le drainage, les injections excitantes et antiseptiques, seront aussi utilisés avec succès.

Lorsque la synovite est de nature rhumatismale ou blennorrhagique, le traitement local peut être presque nul ou borné aux émollients, à la compression et aux révulsifs.

B. Synovites tendineuses chroniques.

Les synovites tendineuses chroniques présentent un certain nombre de variétés, qu'il faut distinguer les unes des autres. Ce sont :

1^o La *Synovite chronique simple* avec épanchement séreux ou gélatiniforme (*Kystes séreux, Hydropisies des gaines tendineuses*);

2^o La *Synovite chronique à grains riziformes* (*Kystes à grains riziformes*);

3^o La *Synovite fongueuse* (*Fongosités des gaines synoviales*);

Acetres variétés, Nicaisé en a ajouté deux autres encore peu connues et que nous ne ferons que signaler :

4^o La *Synovite tendineuse hémorrhagique*, dont l'existence est problématique;

5^o La *Synovite tendineuse sèche*, dont cet auteur rapporte un fait anatomo-pathologique.

1^o Synovite tendineuse chronique simple.

L'irritation chronique des gaines tendineuses donne naissance à des épanchements de nature variable, tantôt séreux, tantôt gélatiniformes.

Anatomie pathologique. — Ces collections s'observent surtout au poignet, à la main, à la jambe en particulier au niveau des péroniers latéraux, de l'extenseur commun des orteils (Follin).

La paroi du kyste est épaissie, adhérente aux ligaments fibreux voisins; toutefois ces adhérences sont très-variables (Follin). Dans quelques cas, la cavité du kyste communique avec les articulations voisines, en particulier dans les kystes du creux poplité (Foucher).

La surface interne de la gaine dilatée est lisse, recouverte irrégulièrement d'épithélium.

Le contenu du kyste est séreux et présente parfois une coloration jaunâtre; dans d'autres circonstances, le liquide est gélatineux, coloré en rose ou en jaune rougeâtre, ce qui le fait ressembler à de la gelée de pomme ou de groseille.

Cette substance est comme le résultat de la sécrétion normale des gaines tendineuses et présenterait un grande analogie avec la substance molle du fibro-cartilage intervertébral des enfants (Virchow). Ce serait une substance colloïde intermédiaire aux albuminoïdes et aux corps gélatiniformes (Nicaise); en fait, elle est très-mal connue.

Étiologie. — La synovite chronique simple succéderait à la synovite aiguë; elle peut encore apparaître à la suite de traumatismes, de contractions musculaires répétées. On l'a signalée à la deuxième et à la troisième période de la syphilis (A. Fournier).

Symptômes. — Souvent l'affection qui nous occupe ne se manifeste au début que par une gêne, une roideur anormale dans les mouvements. Bientôt apparaît une tumeur pouvant acquérir le volume d'un œuf de poule, et présentant de la rénitence ou de la fluctuation. Cette tumeur est tantôt arrondie, tantôt allongée, parfois elle offre des bosselures, plus souvent elle est disposée en bissac, ce qui tient à la présence de gaines fibreuses qui ne cèdent pas à la pression excentrique du liquide exhalé dans la cavité de la bourse tendineuse. Cette disposition en bissac s'observe surtout au poignet.

La marche de ces épanchements est lente, ils auraient même une certaine tendance à rester stationnaires.

Diagnostic. — Le siège, la forme, la consistance de ces tumeurs peut facilement les faire reconnaître. On peut cependant les confondre avec une hernie de la synoviale, toutefois elles sont irréductibles, malgré une pression douce et prolongée (J. Cloquet). Notons cependant que des kystes poplités et en particulier ceux de la synoviale du jumeau interne, peuvent communiquer avec l'articulation du genou et être réductibles (Foucher).

La *synovite tendineuse à grains riziformes* et une autre affection désignée sous le nom de *ganglion* peuvent encore être confondues avec des épanchements des gaines tendineuses; nous y reviendrons plus loin.

Le *pronostic* est généralement bénin.

Traitement. — Les résolutifs, la compression, les révulsifs, ont assez peu d'effet sur les synovites chroniques. Il faut donc en venir à des moyens plus énergiques et, en particulier, à la *ponction*, suivie d'une injection irritante de teinture d'iode, après avoir préalablement lavé avec l'eau tiède la surface interne du kyste. Cette précaution est surtout indiquée lorsque la cavité synoviale contient un liquide gélatiniforme.

Un autre moyen qui nous a toujours réussi est la ponction et la cautérisation de la paroi interne du kyste avec du nitrate d'argent; ce sel est préalablement fondu dans la rainure d'un stylet cannelé, et le stylet est introduit dans la cavité synoviale par la canule du trocart qui a servi à faire la ponction.

Le *séton*, le *drainage*, l'*incision simple*, l'*excision* d'une partie de la poche kystique, enfin l'*extirpation*, nous paraissent des procédés dangereux.

2° *Synovite tendineuse chronique à grains riziformes.*

Cette affection, encore décrite sous les noms de *Kystes tendineux à grains riziformes* (Follin), *Corps étrangers des gaines tendineuses* (Nélaton), s'observe surtout au poignet, à la main et au cou-de-pied.

Anatomie pathologique. — Les parois de la gaine tendineuse sont épaissies, leur face interne est irrégulière et présente des crêtes, des brides, des végétations plus ou moins allongées et parfois pédiculées. Ces productions, formées d'éléments conjonctifs jeunes, dus à l'irritation de la paroi kystique, présentent une forme, un aspect et une consistance des plus variables.

Le liquide contenu dans la cavité synoviale est séreux, parfois visqueux, et renferme un plus ou moins grand nombre de petits corps blanchâtres comparés à du riz cuit et analogues à ceux qui sont adhérents à la face interne de la synoviale (*Corpuscula pyriformia, oryzoidea*, de Virchow).

Le volume de ces productions varie beaucoup, leur forme est aplatie, arrondie, elliptique, triangulaire; quelques-uns offrent à leur extrémité la plus aiguë le court appendice qui les retenait jadis à la paroi synoviale (Hyrthl). Les plus gros de ces grains présentent une paroi fibreuse et une cavité renfermant un contenu granuleux (Follin); beaucoup d'entre eux offrent une texture stratifiée. Les couches sont disposées concentriquement (Virchow).

D'après ce que nous venons de dire, il résulte clairement que les grains riziformes libres ne sont autres que des végétations détachées de la paroi interne de la synoviale malade (Cruveilhier, Hyrtl, Michon, etc.).

Dupuytren les regardait comme une nouvelle espèce d'hydatides; quant à Velpeau, il les croyait formés par des concrétions albumineuses, fibreuses ou même purulentes, qui, soumises à des frottements incessants, devenaient lisses et arrondies.

C'est qu'en effet les parois des gaines synoviales peuvent se recouvrir d'un exsudat fibrineux concret, plus ou moins stratifié. Or, sous l'influence des mouvements des tendons contenus dans la gaine synoviale, des lamelles de cet exsudat sont détachées, comprimées, roulées; d'où la production de corpuscules libres, ovoïdes, aplatis, offrant une structure homogène, et ne renfermant pas d'éléments anatomiques figurés (Nicaise).

Ainsi donc, l'opinion de Michon, adoptée par la plupart des pathologistes, n'est pas toujours vraie, et dans certains cas les grains riziformes ont une autre origine, comme le pensait Velpeau et comme l'a prouvé Nicaise.

Étiologie. — Les causes de cette affection sont assez obscures; elle peut se développer spontanément, ou bien résulter de mouvements trop fréquents, d'un traumatisme.

Symptômes. — Ils sont analogues à ceux que nous avons déjà décrits à propos de la synovite chronique simple avec épanchement (1). Nous ne ferons donc que rappeler le siège, la forme, le volume, la disposition souvent *bilobée* de la tumeur; la gêne ou l'impossibilité des mouvements spontanés et provoqués.

Les douleurs que provoquent ces tumeurs kystiques sont parfois assez vives et reviennent par accès; elles semblent alors coïncider avec l'apparition de poussées inflammatoires aiguës.

Mais le signe caractéristique de ces tumeurs est la production d'un bruit particulier ressemblant assez mal, quoi qu'on en ait dit, au frottement de la soie, au choc des anneaux d'une chaîne métallique les uns contre les autres, au froissement de l'amidon (Follin). Ce bruit est perçu par les doigts du chirurgien qui, explorant la tumeur, cherche à obtenir de la fluctuation.

Est-ce à dire que toutes les synovites tendineuses à grains riziformes donnent lieu à ce phénomène? il ne faut pas le croire, car pour le produire deux conditions sont nécessaires (Michon) :

- 1° La cavité du kyste doit être divisée par un rétrécissement normal ou accidentel, permanent ou passager;
- 2° Le liquide et les grains doivent pouvoir passer d'un côté à l'autre du point rétréci, de manière à ce qu'il y ait un frottement exercé contre les bords du rétrécissement (Michon, Follin, Chassaignac, etc.).

La *marche* de ces tumeurs est lente; comme nous l'avons déjà dit,

(1) Voyez page 361.

il peut survenir des poussées inflammatoires aiguës, et la cavité synoviale peut suppurer et s'ouvrir à l'extérieur, d'où la production de fistules persistantes (Boyer). La synovite à grains riziformes peut aussi se transformer en synovite fongueuse.

Diagnostic. — Il est assez facile quand on peut percevoir la crépitation des grains riziformes; mais dans le cas contraire, il nous paraît très-difficile de distinguer cette synovite de la *synovite chronique simple*.

Notons en passant que certaines collections liquides, en particulier des abcès froids contenant des grumeaux, dont la cavité est divisée en deux loges par un rétrécissement, peuvent aussi donner naissance à une crépitation entièrement analogue à celle des kystes en grains riziformes; le fait n'est même pas rare.

Le diagnostic avec le *ganglion* sera examiné plus loin.

Pronostic. — Il est sérieux; en s'accroissant, ces tumeurs déforment les parties, altèrent les os, les articulations, et empêchent ou gênent notablement la plupart des mouvements. De plus, elles peuvent s'enflammer et provoquer des accidents de phlegmon diffus.

Traitement. — La compression, les révulsifs, ne peuvent guère être utilisés dans ces cas; il faut recourir à un traitement plus énergique, soit :

L'*incision*, qui, malheureusement, peut donner lieu à des accidents fort graves d'inflammation aiguë, ou bien transformer la synovite à grains riziformes en synovite fongueuse (Follin). On a conseillé l'emploi des irrigations continues pour éviter ces complications inflammatoires (Josse, d'Amiens).

Le *séton* présente les mêmes dangers; tout au plus pourrait-on le remplacer par le *drainage*, en combinant celui-ci avec des injections détersives et antiseptiques (Chassaignac).

La *ponction* avec l'évacuation incomplète des grains riziformes, ponction suivie d'une injection iodée, peut donner des succès (Chassaignac).

Enfin on a aussi conseillé et pratiqué l'*excision partielle* du kyste et son *extirpation*, méthodes radicales offrant toujours de grands dangers.

3° Synovite tendineuse fongueuse.

Cette affection a été décrite sous les noms de *Synovite chronique*

(Follin), *Fongosité des coulisses ou des gaines synoviales* (Nélaton), *Tumeur blanche des synoviales tendineuses* (Cazanou).

Anatomie pathologique. — La synovite fongueuse s'observe surtout dans les gaines des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, dans celles des péroniers latéraux, du jambier postérieur, du fléchisseur commun des orteils (Follin). Cette affection peut envahir plusieurs gaines tendineuses (Lenoir).

Au début, la synoviale perd son épithélium, s'épaissit, se recouvre de granulations, de crêtes comparées au *verumontanum* (Deville); à ce moment on trouve encore du liquide et aussi de petits corps libres dans la cavité synoviale; ces corps ne sont autres que des végétations détachées de la paroi séreuse.

Les végétations se développent peu à peu, et la maladie se confirme: la synoviale semble ne plus exister, la cavité séreuse est comblée par des fongosités qui entourent totalement le tendon. Les productions fongueuses refoulent les tissus voisins et remontent même jusqu'à la partie charnue des muscles; elles sont entourées ordinairement par une membrane épaisse, résistante, c'est la paroi externe des gaines tendineuses, qui reste intacte pendant très-long-temps.

Le tissu cellulaire environnant la tumeur est souvent épaissi, quelquefois infiltré de sérosité. Lorsque la peau est ulcérée, ce qui arrive au bout d'un temps plus ou moins long, elle donne passage à des végétations molles, grisâtres, violacées par places, d'aspect encéphaloïde. Dans certains cas la gaine tendineuse n'est pas tout à fait envahie, il reste une cavité, souvent remplie de sérosité contenant des corps riziformes.

Les tendons conservent en général leur intégrité, cependant ils peuvent être altérés (Deville). Enfin on signale des arthrites fongueuses et des ostéites probablement consécutives.

Les fongosités des gaines synoviales, entièrement analogues à celles qu'on trouve dans les articulations atteintes de tumeur blanche, sont formées par du tissu embryonnaire, de la matière amorphe et des vaisseaux comme les bourgeons charnus. Elles offrent des modifications assez variables, en ce sens qu'elles peuvent devenir celluluses, fibreuses, ou bien les éléments embryonnaires subissent la transformation graisseuse. Ces diverses altérations expliquent l'aspect variable des fongosités synoviales.

Étiologie. — La synovite fongueuse est une affection qui se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme; elle apparaît

dans la jeunesse ou à l'âge adulte, au moment où les travaux sont les plus rudes (Follin). La constitution n'aurait pas d'influence sur le développement de cette synovite (Follin). Toutefois, certains auteurs ont cru devoir tenir compte de la scrofule et de la syphilis (Gosselin); souvent cependant elle paraît se développer sans cause appréciable.

La synovite fongueuse peut succéder à la synovite chronique simple avec épanchement séreux, ou bien à la synovite à grains riziformes, en particulier à la suite d'une intervention chirurgicale malheureuse.

Les plaies des synoviales tendineuses, surtout lorsque les gaines sont enflammées, peuvent aussi lui donner naissance (S. Cooper).

Symptomatologie. — Au début il n'y a guère que de la gêne dans les mouvements, une légère tuméfaction, variant de forme avec la gaine affectée, et une douleur assez obscure.

Lorsque la maladie est confirmée, la tumeur est plus nette, elle offre des bosselures en rapport avec l'inégale résistance des tissus voisins; de plus elle jouit de mouvements de latéralité communiqués et se déplace seulement dans le sens de sa longueur lors de la contraction des muscles, fait important pour le diagnostic. La consistance de la tumeur est variable; ordinairement élastique, elle peut être faussement fluctuante.

Les malades accusent de la roideur, de l'engourdissement, une difficulté assez grande dans les mouvements, quelquefois des douleurs lancinantes sur le trajet des filets nerveux qui avoisinent la tumeur.

La peau reste intacte pendant longtemps, puis elle s'ulcère, les fongosités se montrent à l'extérieur et se développent avec une grande rapidité. Le fongus est mou, d'un rouge vif, indolore, saignant facilement, surtout si on le pique.

Jusqu'à là il n'y a point de phénomènes généraux, mais s'il y a une complication d'inflammation des os ou des articulations, l'état général peut devenir grave.

La *marche* est très-lente; longtemps stationnaire, la maladie évolue rapidement sous l'influence d'un coup ou d'une violence quelconque, puis elle s'arrête de nouveau. La marche est plus rapide lorsque l'ulcération cutanée a donné passage aux fongosités.

La terminaison est peu connue, on a pensé à la transformation graisseuse ou cartilagineuse des fongosités (Bidart); le plus souvent l'affection progresse, et il en résulte des lésions graves des os et

des articulations voisines (Follin). Dans un cas il y aurait eu cachexie cancéreuse (Lenoir) (?).

Diagnostic. — En général, le diagnostic des fongosités synoviales est assez facile; toutefois elles pourraient être confondues avec une *synovite chronique simple*, ou à grains riziformes; une ponction éclairerait le chirurgien: si l'on a affaire à ces dernières affections, il s'écoulera un liquide séreux contenant ou non des grains riziformes; ce sera du sang dans le cas contraire.

Quelques auteurs ont confondu cette synovite avec une *tumeur maligne* ulcérée, mais les fongosités n'ont point une marche rapidement envahissante, l'ulcération cutanée est nette, ses bords ne sont point indurés, enfin il n'y a aucun phénomène du côté des ganglions lymphatiques.

Les *gommes* des coulisses synoviales peuvent être prises pour des fongosités; nous y reviendrons plus loin.

Pronostic. — Grave, vu la marche constante de l'affection et les opérations qu'elle nécessite.

Traitement. — Au début on peut employer les bains sulfureux, les douches sulfureuses.

La *compression*, les *vésicatoires*, la *cautérisation transcurrente*, ont été appliqués, souvent, il est vrai, sans grands résultats.

Quand la chose est possible, on peut *enlever* les fongosités à l'aide du bistouri (Lenoir); mais cette opération difficile et grave n'est plus indiquée lorsque les os ou les articulations voisines sont malades. Dans ces cas il faut recourir à l'*amputation*.

§ 3. — Tumeurs des gaines synoviales tendineuses.

Nous ne décrivons ici que les *Kystes péri-tendineux*, plus communément appelés *Ganglions*. Notons que l'origine articulaire de la plupart des ganglions devrait les faire ranger parmi les affections des articulations. Toutefois, comme un certain nombre d'entre eux naissent des gaines tendineuses, et que les symptômes qu'ils déterminent se rapprochent singulièrement des signes fournis par les épanchements chroniques des gaines tendineuses, nous croyons devoir les étudier ici, comme l'a fait Follin.

Aux tumeurs des gaines tendineuses se rapportent encore les *Gommes syphilitiques*, que nous étudierons plus loin.

A. — Kystes péri-tendineux. — Kystes synoviaux folliculaires (Follin).

Ce sont ces tumeurs qui constituent l'affection désignée depuis longtemps sous le nom de *Ganglion*.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Ces kystes se rencontrent surtout au niveau des articulations de la main et du pied, points où existent à la fois des gaines synoviales multiples et des articulations complexes. Ils forment de petites tumeurs arrondies ou bosselées, quelquefois lobulées, pouvant atteindre le volume d'une noix. Lorsque les téguments sont enlevés, ces petits kystes présentent souvent un aspect bleuâtre, comme le feraient des varices; ils sont complètement isolés, ou bien semblent reliés aux synoviales voisines par des prolongements cellulux.

La paroi du kyste est résistante, fibreuse, tapissée à sa face interne par un épithélium pavimenteux (Follin).

Le contenu est tantôt un liquide visqueux, analogue à la synovie, tantôt une matière gélatiniforme rosée, contenant des granulations et de l'épithélium (Follin).

L'*origine* de ces kystes paraît aujourd'hui assez bien connue au moins d'après les classiques.

Eller et beaucoup d'autres croyaient à la rupture d'une synoviale et à l'enkystement du liquide épanché. Leveillé, Boyer, Richerand, les faisaient naître du tissu cellulaire, théorie d'après laquelle il était assez difficile d'expliquer la nature synoviale du contenu kystique.

Bégin croyait à la hernie d'une synoviale à travers une éraillure des aponévroses; mais il fallait démontrer l'existence préalable d'un épanchement dans la cavité synoviale articulaire ou tendineuse. Plus tard, il est vrai, Barwell chercha à prouver que cet épanchement n'était pas nécessaire et que dans certains mouvements, la synovie faisait effort contre la paroi qui la renferme.

Enfin le professeur Gosselin soutint que ces kystes prenaient naissance dans les follicules des synoviales articulaires, et Foucher a montré que des follicules analogues existaient dans les gaines tendineuses. Ces follicules, s'oblitérant, se remplissent de liquide synovial plus ou moins altéré, augmentent de volume, traversent les éraillures des ligaments ou des aponévroses, d'où leur disposition parfois bosselée. Il faut dire que dans certains cas ces follicules dilatés sont encore reliés à la synoviale d'où ils proviennent, soit par un pédicule creux très-étroit (Perrin), soit par un pédicule oblitéré par places et très-flexueux (Verneuil).

Cette origine multiple des ganglions admise par la plupart des chirurgiens français justifie la division de Demarquay en ganglions *téno-synoviaux* et *arthro-synoviaux*, selon qu'ils viennent d'une séreuse tendineuse ou articulaire.

Ajoutons cependant que Virchow croit au développement spontané d'un certain nombre de ces tumeurs, qui seraient alors de véritables *kystomes*. Enfin l'apparition de ces productions dans le jeune âge, à la suite de fatigues, doit faire penser à leur développement dans les diverticules des synoviales et spécialement dans ceux des synoviales tendineuses, dont la délimitation est loin d'être toujours la même.

Étiologie. — Ces tumeurs naissent parfois après un traumatisme, une contusion, une entorse; le plus souvent elles apparaissent spontanément, en particulier chez les jeunes gens qui se sont livrés à des travaux fatigants. Les ganglions s'observent plus fréquemment chez les femmes.

Symptômes. — Ces kystes, dont le développement peut être assez brusque, forment de petites tumeurs arrondies ou lobées, dures, rénitentes, élastiques, rarement douloureuses à la pression. Leur coloration peut être légèrement bleuâtre.

Il en résulte une difformité plus ou moins accusée et une gêne parfois considérable dans l'exécution de certains mouvements.

La *marche* de ces tumeurs est variable; elles peuvent disparaître spontanément, ou bien à la suite d'une contusion; d'autres fois la peau, tendue à la surface de la tumeur, finit par s'ulcérer, le kyste s'enflamme et suppure, ce qui peut amener des accidents très-graves, vu la communication possible de sa cavité avec une synoviale tendineuse ou articulaire voisine.

Diagnostic. — On peut confondre le ganglion avec un certain nombre de lésions des synoviales articulaires et tendineuses.

La *hernie de la synoviale* d'une articulation distendue par une hydarthrose, est facile à reconnaître, vu sa délimitation moins nette et sa réductibilité.

Les *synovites chroniques simples* ou à grains riziformes occupent une région déterminée, sont allongées, fluctuantes, ou présentent une crépitation caractéristique. Toutefois, l'inflammation chronique de certaines synoviales tendineuses bien circonscrites nous paraît d'autant plus difficile à distinguer des ganglions, que leur contenu peut être gélatiniforme.

Un ganglion situé au poignet et aux environs de la radiale a pu être pris pour un *anévrisme* (Michon, Legouest). Un examen attentif suffit pour éviter cette erreur, due aux battements communiqués à la tumeur par l'artère voisine.

Pronostic. — Il est en général peu grave, sauf dans les cas où le kyste s'enflamme, ou bien est ouvert par le chirurgien dans un but curatif.

Traitement. — On a obtenu quelques succès en appliquant de la teinture d'iode, des vésicatoires, de l'alcool pur (Nélaton), à la surface de la tumeur. Mais le plus souvent il faut recourir à d'autres moyens qui sont :

- 1° La *compression*; elle réussit rarement seule.
- 2° L'*écrasement*, moyen qui doit être toujours utilisé, vu son innocuité et les succès qu'il donne, surtout si on le combine à la *compression* (Follin).
- 3° La *ponction* peut être faite directement, ou mieux sous-cutanée (Léveillé, Boyer, etc.); il faut aussi la compléter par une compression méthodique.
- 4° L'*incision* simple, procédé dangereux et trop radical; il faut lui préférer l'*incision sous-cutanée simple* ou *multiple* (Barthélemy, Malgaigne).
- 5° Les *injections iodées* (Velpeau), avec lavage préalable de la cavité kystique.

Le *séton* (Espegel), la *cautérisation* (Payan), l'*excision partielle*, enfin l'*extirpation* du kyste, pouvant donner lieu à des phénomènes graves d'inflammation, ne seront utilisés qu'à la dernière extrémité.

§ 4. — Lésions syphilitiques des gaines synoviales tendineuses.

Comme pour les lésions des bourses sous-cutanées, les altérations syphilitiques des synoviales tendineuses appartiennent à la période secondaire et à la période tertiaire de la vérole.

Les *lésions de la période secondaire*, bien décrites par A. Fournier, sont caractérisées par des épanchements séreux dans les gaines tendineuses. Tantôt l'épanchement s'accompagne de quelques symptômes inflammatoires, il y a *synovite subaiguë*; le plus souvent on a affaire à une *synovite chronique simple*. Nous n'avons pas à revenir sur les symptômes de ces lésions.

Il existerait une autre forme de synovite syphilitique que A. Fournier décrit sous le nom de forme *frustrée*, en ce sens qu'elle ne se traduit guère que par des phénomènes douloureux persistants. Ce serait même là l'origine de bien des douleurs chez les syphilitiques.

Les synovites tendineuses d'origine syphilitique ne sont pas rares, elles se développent surtout aux mains, plus rarement aux pieds, à la patte d'oie, etc. Souvent leur apparition a lieu de chaque côté, elles affectent donc une disposition symétrique. La durée de l'épanchement est très-variables (quinze jours à dix mois), et il peut subir des intermittences très-nettement accusées.

Quant au traitement, il consiste surtout dans l'administration des antisiphilitiques; localement, on peut utiliser la compression, les révulsifs, la teinture d'iode, le collodion, etc.

Les lésions de la période tertiaire ont été signalées par le professeur Verneuil, en particulier au niveau de la patte d'oie, à la synoviale du tendon du péronier antérieur (Chouet), etc. Ces lésions pourraient être confondues avec la synovite fongueuse (Gosselin), dont elles offrent à peu près les symptômes. Toutefois, l'examen du malade, ses antécédents, la marche plus rapide des gommés, devront les faire reconnaître, au moins le plus souvent.

Il faut instituer un traitement antisiphilitique avec l'iodure de potassium; parfois le traitement mixte doit être prescrit. Localement on peut appliquer l'emplâtre de Vigo (Verneuil).

BIBLIOGRAPHIE. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, éd. Bichat, t. I, p. 192, 1798. — Villermé, *Dictionnaire en 60 vol.*, t. LIV, p. 115, 1821. — Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 176, 1831. — Ollivier, *Dictionnaire en 30 vol.*, t. V, p. 537, 1833. — Poulain, *Mémoire sur la crépitation des gaines tendineuses*, in *Gaz. méd.*, p. 236 et 386, 1835. — J. Cloquet, *Dictionnaire en 30 vol.*, t. XIII, p. 584, 1836. — A. Leguey, *Recherches anatomiques chirurgicales et physiologiques sur les bourses synoviales des tendons fléchisseurs des doigts*, thèse de Paris, 1837, n° 374. — Dupuytren, *Des kystes séreux contenant de petits corps blancs ou hydatides*, in *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. II, p. 148, 2^e édit., 1839. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.*, Paris, 1843. — Deville, *Lésion chron. des bourses séreuses de la main*, in *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 210, 1851. — Gosselin, *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 367, 1851. — Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.*, thèse de concours de clin. chirurg., Paris, 1851. — Baudoin, *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, thèse de Paris, 1855, n° 222. — Foucher, *Note pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales de la région poplitée*, in *Gazette hebdom.*, 1855, p. 271; et *Mémoire sur les kystes de la région poplitée*, in *Archiv. gén. de méd.*, vol. II, p. 313 et 426, 1856. — Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main*, th. de concours d'ag. en chirurgie, Paris, 1857. — Bidart, *De la synovite tendineuse chronique*, thèse de Paris, 1858, n° 96. — Malgaigne, *Système séreux*, in *Traité d'anatomie chi-*

rurgicale, t. I, p. 108, 2^e éd., 1859. — R. Barwell, *On synovial tumours, etc.*, in *The Lancet*, 1858, vol. II, p. 371. — E. Cazanou, *Tumeurs blanches des syn. tendineuses, etc.*, th. de Paris, 1866, n° 215. — E. Lantier, *Des kystes synov. tendineux*, *ibid.*, 1866, n° 33. — R. Virchow, *Hygromes, ganglions*, in *Traité des tumeurs* (trad. franc.), t. I, p. 191 et suiv., 1867. — R. Guerlou, *Des t. syn. tend. du poignet*, th. de Paris, 1868, n° 122. — A. Verneuil, *De l'hydrop. des gaines tend. des ext. des doigts*, in *Gazette hebdom.*, 1868, p. 609, et *Lésions syph. tertiaires, etc.*, in *ibid.*, 1873, p. 22. — A. Fournier, *Note sur les lésions des gaines tend. dans la syphilis secondaire*, in *Gaz. hebdom.*, 1868, p. 645. — Nicaise, *De la synovite tend. à grains riziformes, etc.* (ext. de la *Gaz. médicale*), 1872 (Bibliogr.). — Roch, *Quelques obs. d'hydrop. des gaines tend. dans la syphilis secondaire*, thèse de Paris, 1872, n° 37. — Philippi, Pillenet, *Synovites tendineuses*, *ibid.*, 1873, nos 234 et 444. — Eltchaninoff, *Des manifest. de la blennorrh. sur les synov. artic. et tendineuses*, *ibid.*, 1873, n° 303. — Moreau, *Des aff. syphil. tert. des bourses séreuses*, *ibid.*, 1873, n° 360. — Boillerault, *Essai sur le rhumat. non blennorrh. des synov. tendineuses, etc.*, *ibid.*, 1874, n° 10. — Chouet, *De la syphilis dans les bourses séreuses artic. sous-cutanées et tendineuses*, *ibid.*, 1874, n° 255.

CHAPITRE III

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU

ARTICLE 1^{er}. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA PEAU.

Ces lésions ont été déjà étudiées aux différents articles ayant pour objet : les plaies, les contusions, les brûlures, etc.; nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

ARTICLE II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU.

Il est bien entendu qu'il n'est question ici que des lésions inflammatoires ayant quelque intérêt pour le chirurgien; ce sont : l'érythème simple, l'érysipèle, le furoncle, l'anthrax et l'hydrosadénite (Verneuil).

§ 1^{er}. — Érythème simple.

Sous le nom d'érythème, on décrit un certain nombre d'affections caractérisées surtout par la rougeur de la peau, mais qui d'ailleurs sont très-différentes par leur cause, leur nature, leurs symptômes, et dont la majeure partie est du domaine de la pathologie interne (1).

(1) Voyez A. Tardieu, *loc. cit.*, p. 88 et suiv.