

riziformes. Nicaise se demande si certaines inflammations tuberculeuses n'auraient pas la propriété de provoquer, dans les séreuses, un exsudat considérable de fibrine; celle-ci, détachée des parois et roulée par le mouvement de va-et-vient des tendons, produirait les grains riziformes.

Symptômes. — Les synovites se développent d'une manière insidieuse. En un des points indiqués, une gaine, une bourse tendineuse s'accuse par une saillie qui tend à s'accroître, et ce gonflement est souvent le seul signe appréciable; aussi, dans les régions profondes, au creux poplité, le hasard fait-il parfois découvrir l'existence d'un kyste synovial. Cependant il est des cas où des douleurs sourdes, spontanées, même des poussées aiguës surviennent; certains mouvements exagèrent les souffrances, et l'on constate une attitude vicieuse du segment de membre que meuvent les cordons tendineux dont la gaine est enflammée. Comme dans les synovites du poignet, les doigts, et particulièrement l'auriculaire et l'annulaire, sont fléchis; on ne peut les redresser sans provoquer une douleur intolérable.

A ce moment le kyste a fait des progrès, et les tissus qui doublent la synoviale ayant une résistance inégale, certaines de ses parties, plus faibles, se laissent dilater plus que d'autres: la tumeur, irrégulière, bosselée, a un aspect caractéristique: sur la face palmaire des doigts, on voit deux ou trois saillies hémisphériques séparées par les brides fibreuses pré-articulaires; au poignet, le ligament annulaire du carpe, inextensible, sépare la saillie palmaire de la saillie antibrachiale, et la tumeur a la forme d'un bissac. Dans la gaine des péroniers, la tuméfaction, allongée suivant l'axe du membre, est assez régulièrement cylindrique; dans les tumeurs séreuses du creux poplité, le kyste revêt une forme à peu près arrondie.

Lorsque la tumeur n'est pas trop profonde, on perçoit une fluctuation manifeste; lorsqu'il existe plusieurs bosselures, on peut renvoyer le liquide de l'une à l'autre, et constater la solidarité des diverses poches. Il est des cas où le contenu du kyste peut se vider dans l'articulation voisine; la communication est alors ou normale, — et on l'observe dans certaines bourses de l'épaule et dans la séreuse du psoas-iliaque — ou anormale, — ce qui est le fait des kystes communicants du creux poplité. Cette recherche de la fluctuation amène parfois la découverte du signe caractéristique des

synovites à grains riziformes: lorsqu'on chasse le liquide d'une bosselure dans l'autre, les doigts sentent une crépitation comparée au frôlement de la soie, au froissement de l'amidon et de la neige, et provoquée par le passage des corps flottants à travers les espaces rétrécis qui conduisent d'une cavité à l'autre. La crépitation manque quand ces détroits sont défaut, mais certaines manœuvres, certaines pressions du chirurgien peuvent créer artificiellement ces sortes de défilés et faire apparaître le phénomène.

La marche des synovites chroniques est lente; parfois surviennent quelques douleurs sourdes et de peu de durée: les attitudes vicieuses restent stationnaires ou augmentent jusqu'à la déviation complète; la tumeur fait des progrès et on a vu des bosselures s'accroître, distendre la peau et l'ulcérer; le liquide s'écoule, entraînant avec lui des grains riziformes si le kyste en contient. Il n'est pas rare de voir éclater, en ce cas, une vive inflammation de la cavité, un phlegmon qui peut guérir la synovite en provoquant l'adhérence des feuillets séreux et des tendons, mais qui laisse après elle de l'impotence. Chez certains cachectiques, chez les scrofuleux, des fongosités ont pu envahir la gaine et transformer la synovite simple en synovite fongueuse.

Le *diagnostic* ne présente guère de difficulté; l'existence d'une tumeur à peu près indolore, bosselée, fluctuante avec ou sans crépitation, en une région connue pour ses gaines tendineuses, ne saurait laisser subsister de doute. Terrier, cependant, parle de cas exceptionnels où un abcès froid bilobé, à contenu grumeleux, en aurait imposé, et Trélat cite un lipome crépitant de la paume de la main qu'il prit pour un kyste à grains riziformes: dans ces deux ordres de faits, la ponction aspiratrice viendrait dissiper les doutes.

Traitement. — Il est peu d'affections qui aient autant bénéficié des pansements nouveaux. Avant, on n'osait guère y toucher et, lorsque la ponction évacuatrice simple ou aidée par la compression, ou suivie d'injection iodée, avait échoué, ce qui est la règle, on abandonnait la maladie à elle-même. Cependant le *pronostic* en est grave; outre que ces kystes peuvent suppurer ou dégénérer en synovite fongueuse, ils ont souvent pour conséquence une impotence fonctionnelle presque absolue. Maintenant on ne craint pas d'ouvrir la gaine.

La thérapeutique est un peu différente suivant que le kyste est simple ou qu'il contient des grains riziformes. Dans le premier cas,

l'injection iodée réussit; avec une grosse aiguille de l'aspirateur on débarrasse la poche du liquide; comme il est visqueux et qu'il adhère aux parois, il est bon de laver la cavité avec de l'eau tiède avant d'injecter la teinture d'iode; une légère inflammation se développe et la guérison survient. Si l'on ne réussit pas, on aura recours à l'incision de la poche. Lorsqu'il s'agit d'un kyste rizi-forme, l'injection iodée échoue à cause de l'extrême difficulté d'évacuer la poche; les plus gros corps flottants sont trop volumineux pour pénétrer dans la canule et les grains, sessiles ou adhérents par leur pédicule, restent en place. Le mieux est de fendre la gaine, d'en gratter les parois de manière à enlever toutes les végétations et toutes les brides; puis on lave la cavité avec la solution forte d'acide phénique, on draine et l'on suture; plusieurs succès ont été ainsi obtenus.

b. — SYNOVITES FONGUEUSES.

Les *synovites fongueuses des gaines des tendons* ne sont connues que de puispeu; on les prenait, soit pour des arthrites chroniques des jointures avoisinantes, soit même pour les végétations d'une tumeur maligne: Chassaignac, en 1844, qualifiait de sarcome les bourgeons charnus d'une coulisse enflammée, et H. Larrey, en 1856, commettait une erreur semblable.

La détermination exacte de la nature de cette affection commence avec les recherches de Deville, en 1851, de Michon et de Legouest; c'est en 1858, avec la thèse de Bidart inspirée par Verneuil, que la synovite fongueuse des gaines des tendons conquiert une place définitive dans le cadre nosologique; on reconnut son analogie avec la synovite fongueuse des articulations. Lorsqu'on eut établi la nature tuberculeuse des fongosités des synovites articulaires, on se demanda bientôt si celles des gaines tendineuses n'avaient pas même structure et même origine. Lancereaux, en 1873, Labbé et Coyne, puis Bonilly se posèrent les premiers la question que devaient résoudre l'observation de Trélat et les faits de Terrier et Verchère.

Étiologie. — Les fongosités envahissent les gaines des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, celle des péroniers latéraux, des fléchisseurs communs, du jambier postérieur; la coulisse du

jambier antérieur et des extenseurs des orteils est aussi quelquefois atteinte. Plusieurs gaines peuvent être prises: une observation de Bidart montre les altérations dans la séreuse du jambier postérieur, du fléchisseur commun des orteils et du fléchisseur propre du petit orteil; nous avons soigné une vieille dame chez qui l'envahissement était plus complexe: toutes les gaines tendineuses de la région tibio-tarsienne étaient atteintes, à l'exception des coulisses des extenseurs. La face palmaire du poignet et les deux gouttières rétro-malléolaires du cou-de-pied sont les plus souvent prises. Au lieu d'occuper la totalité de la gaine, la synovite se circonscrit parfois, comme l'ont démontré Terrier et Verchère, et distend un ou plusieurs segments de la cavité.

Ces synovites peuvent succéder aux diverses inflammations de la coulisse tendineuse: Velpeau, Deville et Michon en ont signalé à la suite des épanchements séreux et des synovites à grains riziformes; on les a vues apparaître après une injection iodée, et Cooper, dans un cas, incrimine le passage d'un séton. L'influence du traumatisme est incontestable: Terrier et Verchère l'ont retrouvée dans deux de leurs faits et nous avons traité une synovite des gaines péri-articulaires consécutive à une entorse tibio-tarsienne. La synovite fongueuse est plus fréquente dans certaines professions qui nécessitent des mouvements exagérés des coulisses tendineuses: chez les couturières, les pianistes, les serruriers pour le membre supérieur; pour le membre inférieur, chez les facteurs et les gardiens de troupeaux. Malgré le doute émis par Follin, les synovites fongueuses naissent surtout chez les affaiblis et chez les scrofuleux. Sur 5 des observations de Terrier et Verchère, quatre ont trait à des individus en puissance d'accidents pulmonaires; le malade de Trélat était tuberculeux. Qu'on s'attende toutefois, comme pour certaines tuberculoses locales, à voir apparaître ces synovites chez des individus d'apparence robuste et cela à tous les âges. De deux malades que nous soignons, l'un est un enfant de sept ans et l'autre une dame de soixante-treize; les hommes adultes sont les plus exposés.

Anatomie pathologique. — Au début, la séreuse se dépolit, elle se vascularise, ses parois deviennent épaisses; à leur surface interne s'élèvent des saillies longitudinales, des crêtes parallèles à l'axe des tendons; Deville les a comparées à l'arête du *verumontanum*. Elles se multiplient, se fusionnent et remplissent la cavité

que distend un liquide séreux ou filant comme de la synovie, louche, jaune ou verdâtre, ou coloré par du sang et tenant en suspension des grumeaux et des débris de fongosités. Dans plusieurs observations, on a noté de la matière séro-purulente due aux ramollissements des foyers caséux.

Les tendons sont le plus souvent intacts au milieu des fongosités, ils glissent dans les masses végétantes et leur surface saine ne présente pas le moindre dépoli : Terrier, Lancereaux, Bidart, nous-même, avons observé leur intégrité. Parfois le tendon est terne, piqué de bourgeons charnus qui dessinent à sa surface des lignes sinueuses ; les granulations érodent les lamelles du tissu ; le glissement dans la coulisse devient difficile ; la surface entière du tendon peut être revêtue de fongosités ; la perte de substance s'accroît ; il se fait une encoche, puis une solution de continuité complète ; les muscles, privés de leurs insertions, se rétractent et la fonction est abolie : Trélat a observé ce terme ultime des altérations que produisent les fongosités.

Celles-ci ressemblent aux fongosités que nous aurons à étudier dans les synoviales articulaires. De volume, de forme et de couleur variables, tantôt rares, petites et grêles, tantôt exubérantes par leurs masses mamelonnées, elles sont villeuses, papillaires, réticulaires ou arborescentes ; elles se montrent rouges, carminées, lie de vin et apoplectiques, ou rosées, grisâtres, semblables à du frai de poisson ou à de la chair d'anguille. Elles rappellent parfois la pulpe de la groseille et il y transparaît, comme un pépin, un noyau à centre jaunâtre, nodule tuberculeux en voie de destruction. Nous n'insisterons pas sur leur structure : les premières observations n'étaient pas démonstratives ; mais de nouveaux cas ont établi l'existence du follicule type.

Symptômes. — Le tableau clinique varie suivant que la synovite des gaines est primitive ou qu'elle succède, par envahissement progressif, à une arthrite fongueuse de voisinage ; ces cas ne nous intéressent guère, car les lésions prépondérantes sont celles de la jointure, et nous ne nous occuperons ici que des fongosités localisées à la séreuse des tendons.

La synovite tuberculeuse s'établit sournoisement, sans douleur appréciable, sans poussée aiguë ; cependant nous avons observé un cas où, sans traumatisme antérieur, sans fatigue excessive, le poignet

enfla tout à coup ; dès le lendemain, l'empâtement avait envahi la portion antibrachiale de la gaine : la synovite s'était installée avec la vivacité d'un processus inflammatoire. Lorsque les fongosités ont envahi la gaine, la synovite se reconnaît à plusieurs caractères : elle siège au niveau d'une coulisse dont elle accentue les contours et dessine les prolongements ; dans les faits de Bidart, de Trélat, de Bouilly, dans les nôtres, la tumeur se montrait comme une masse allongée et molle qui distendait la séreuse. Cet aspect se modifie suivant la région ; au niveau de la main, en bissac et fusiforme, avec prolongements possibles vers le pouce ou même le petit doigt, la tumeur est curviligne au cou-de-pied, en arrière des malléoles qu'elle enchâsse dans sa concavité antérieure. Parfois une partie de la gaine est seule envahie, et le gonflement se localise.

La tuméfaction est mobile ; dans les mouvements de flexion et d'extension on la voit se déplacer suivant l'axe du membre ; le doigt posé au-dessus de la peau suit le va-et-vient des fongosités. Mais le chirurgien échoue s'il essaye d'imprimer une translation dans le même sens : la masse reste immobile ; au contraire, pour peu que les tendons soient relâchés, on détermine facilement des mouvements de latéralité. Ces signes suffisent pour préciser le siège de la tumeur et son développement dans la coulisse des tendons. La consistance en est variable : au début, on perçoit sous la peau une tuméfaction assez dure ; peu à peu la gaine s'éraïlle et les bosselures se forment, remplies de fongosités où l'on ne tarde pas à sentir une véritable fluctuation. A ce moment, les téguments se couvrent de veinosités, s'échauffent, rougissent, s'ulcèrent, et donnent issue à de la sérosité grumeleuse due à la dégénérescence des foyers caséux.

La marche de l'affection est chronique ; peu ou pas de douleurs, mais de la gêne dans les mouvements. Pourtant il est des cas où les souffrances sont vives ; elles peuvent être spontanées et les irradiations remonter vers la racine du membre ; Bidart et Bouilly en citent des observations. On voit, par les fistules, apparaître les végétations : parfois la perte de substance se réunit à des orifices analogues et la surface ulcérée devient considérable ; parfois l'extension des fongosités se fait vers la profondeur, vers les os et les articulations et, de même que nous avons des synovites tendineuses consécutives à une synovite des jointures, nous aurons une synovite des jointures consécutive à une synovite tendineuse. Les tendons résistent d'habitude,

mais ils peuvent se détruire sans que des déviations et des attitudes vicieuses en soient toujours la conséquence, car les tissus œdémateux n'obéissent plus aux muscles antagonistes : les bouts des tendons font corps avec la masse fongueuse. La volonté ou l'électricité ne peut provoquer de mouvements dans les segments des membres mus par ces tendons.

On n'a jamais vu la synovite fongueuse guérir spontanément. La transformation graisseuse observée par Broca n'a guère été retrouvée. Ou le traitement a eu raison des fongosités, ou elles ont persisté jusqu'à ce que le patient ait été emporté par quelque manifestation nouvelle de la tuberculose. Sept mois après le début de la synovite, l'un des malades de Terrier succombait à des accidents pulmonaires et cette observation n'est pas isolée. Le *pronostic* est d'autant plus sombre qu'après une extirpation complète des fongosités et un succès qu'on croit durable, il est fréquent de voir survenir la récurrence; nous l'avons constatée au bout d'un an chez un de nos malades. Nous n'insisterons pas sur le *diagnostic*; grâce aux signes sur lesquels nous avons appuyé, on ne confondra pas la synovite tendineuse avec des abcès froids péri-articulaires, avec un lipôme voisin d'une gaine; cette erreur a été cependant commise. Un examen attentif permettra de déterminer si la jointure est également fongueuse, et l'étude des commémoratifs établira qui, de l'article ou de la gaine, a été primitivement atteint.

Traitement. — On a proposé contre la synovite fongueuse la compression, la cautérisation superficielle, les applications irritantes, les injections de chlorure de zinc au vingtième et les injections d'éther iodoformé au milieu des végétations; dans un cas, Verneuil fit neuf piqûres espacées de cinq en cinq jours; avec la seringue de Pravaz, il injectait quelques gouttes dans les fongosités; les résultats n'ont été que peu satisfaisants : « ... les douleurs assez vives et l'inflammation consécutive ont dû faire renoncer à ces tentatives ». Ce procédé nous a été plus favorable : un enfant, traité par nous, a guéri assez rapidement.

L'extirpation compte un certain nombre de succès : elle a été faite, il y a longtemps, par Lenoir; Trélat y a eu recours depuis; il pratiqua la dissection minutieuse du tendon, et son malade guérit. Bouilly, Antonin Poncet, Augagneur ont préféré le raclage. Après avoir incisé les téguments au-dessus de la tumeur, on enlève les fon-

gosités et, pour 4 cas, il y a eu 4 succès immédiats; je ne sais ce qu'il en est advenu des malades de mes collègues : le mien, au bout d'un an, me revenait avec une récurrence. A ces opérations sanglantes, Besnier préfère la destruction avec le nitrate d'argent et les flèches au chlorure de zinc : il redoute les auto-inoculations par ouverture des vaisseaux et les infections secondaires. Dans aucun cas on ne négligera le traitement général : les toniques, les reconstituants, l'huile de foie de morue, l'arsenic, le chlorure et l'iodure de sodium à l'intérieur, les bains salés à la mer ou à Salies-de-Béarn; les frictions sèches sont recommandées et devront être poursuivies avec la plus rigoureuse persévérance. Telles sont les précautions essentielles à prendre avant, et surtout après, le traitement chirurgical pour en affermir le succès.

III

TUMEURS DES GAINES TENDINEUSES

Elles sont de plusieurs ordres : on y rencontre des lipomes, des sarcomes, des fibromes, des gommages syphilitiques, ces dernières infiniment rares. Nous ne ferons guère que les mentionner; mais auparavant nous allons décrire, sous le nom de *ganglion*, une sorte de kyste qui se développe autour des gaines tendineuses et des parois articulaires.

1° GANGLIONS

On nomme *ganglions*, *kystes péritendineux*, *kystes synoviaux folliculaires*, des tumeurs dont la cavité remplie de liquide est due à la distension des cryptes synoviales des gaines tendineuses et des séreuses articulaires. — Leur histoire est connue, grâce aux travaux de Boyer, de Cruveilhier, de Demarquay, de Foucher, de Verneuil et surtout de Gosselin qui a fixé leur pathogénie.

Anatomie pathologique. — Ces kystes ont une paroi fibreuse, blanche, nacrée, résistante, et d'une épaisseur variable; si parfois elle mesure à peine une moitié ou même 1/4 de millimètre, il est des cas où son feutrage fibrillaire, d'apparence presque cartilagineuse, en compte 2 à 5; sa surface externe, lisse, régulière, est