

Les *lésions tuberculeuses* des bourses séreuses sont encore assez mal connues : Terrier en a signalé; en 1882 nous en avons observé un cas dans la bourse de la malléole externe. Peut-être certains abcès froids de la fesse, attribués sans preuves à des lésions osseuses, ont-ils quelquefois cette origine.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DES GAINES TENDINEUSES.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Elles sont de deux sortes : les plaies proprement dites, piqûres, coupures, plaies contuses, d'une part, et, d'autre part, les contusions. Les *plaies* se caractérisent par l'issue d'une certaine quantité de liquide filant et onctueux, sécrété par les parois séreuses. Au bout de peu de temps cette effusion s'arrête; on observe, généralement, la réunion primitive des bords de la solution de continuité; mais parfois les lèvres se tuméfient, rougissent, l'inflammation gagne la cavité et un phlegmon diffus se déclare. Or on en connaît la gravité : si d'ordinaire il guérit, il laisse des adhérences entre les tendons et les tissus ambiants, souvent une gêne, voire une véritable impotence fonctionnelle.

Les *contusions* sont rarement limitées aux gaines tendineuses : presque toujours les muscles, les articulations, les os participent au traumatisme. Ici encore la sécrétion s'exagère, la cavité est distendue; parfois, il est vrai, du sang se mélange au liquide séreux; l'inflammation et toutes ses conséquences sont fort à redouter. — Le traitement consiste dans une immobilité rigoureuse des parties blessées, dans une compression méthodique, dans l'antiseptic. S'il y a solution

de continuité, l'occlusion de la plaie, sa suture sont indiquées; si, malgré ces précautions, l'inflammation s'allume, les bains tièdes continus et les débridements la limiteront sans doute. Plus tard, après cicatrisation, les massages, les douches sulfureuses, une gymnastique progressive et appropriée, essayeront de rendre aux tissus leur souplesse et aux tendons leur mobilité.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Nous décrirons ici les *synovites tendineuses aiguës*, les *synovites chroniques*, les *épanchements séreux avec ou sans grains riziformes*, et, à l'exemple de Follin et de Terrier, nous en rapprocherons certains kystes périarticulaires ou péri-tendineux nommés *ganglions*.

1° SYNOVITES AIGUES.

On en a beaucoup multiplié les formes : Schwartz, dans le dictionnaire de Jaccoud, décrit, comme espèces distinctes : la *synovite sèche*, la *synovite plastique*, la *synovite purulente* et la *synovite séreuse*. Nous les considérerons plutôt comme des variétés; car, si chacune d'elles peut évoluer en conservant ses premiers caractères, on peut les voir se combiner ou se succéder.

Étiologie. — Les *synovites aiguës* ont souvent pour cause un traumatisme, une contusion dans la région des gaines, une coupure, une piqûre, une intervention opératoire, suture des tendons ou ténotomie; elles peuvent encore être provoquées par une phlegmasie de voisinage : à la suite des panaris du petit doigt et du pouce, on voit éclater la *synovite* des grandes gaines de la main et de l'avant-bras. Certaines maladies générales, le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis; quelques fièvres graves, la scarlatine, la variole, surtout la fièvre typhoïde et l'infection purulente ont une influence non moins manifeste. Mais ces diverses causes ne produisent pas indistinctement toutes les variétés de *synovites*.

La *synovite sèche*, que l'on nomme encore *ài douloureux*, *ténosite* ou *ténalgie crépitante*, siège surtout dans la gaine antibrachiale des radiaux, dans celle du long abducteur et du court extenseur du pouce; on la rencontre aussi au cou-de-pied, peut-être même dans la gaine articulaire du tendon du biceps. Elle succède presque toujours à des efforts répétés, aux frottements des deux feuillettes de la séreuse: aussi est-elle ordinairement professionnelle, et s'observe surtout chez les moissonneurs, les dépiqueurs de blé, les porteurs d'eau, les gymnastes, les blanchisseurs, les maîtres d'armes, les pianistes, les vigneron, les menuisiers, tous ceux enfin qui, par métier, fléchissent, étendent et tournent fréquemment leurs mains. Au cou-de-pied, la ténosite crépitante a pour cause la marche exagérée et se rencontre parfois, après l'étape, chez les jeunes recrues.

La *synovite plastique* de Gosselin est surtout d'origine traumatique, et c'est ici qu'on trouve les contusions, les fractures, les entorses, les plaies pénétrantes par piqûres et par coupures, les sutures des tendons, les évidements et les résections articulaires; toute intervention opératoire au niveau des gaines et les inflammations de voisinage doivent encore être invoquées. — La *synovite séreuse* est le plus souvent sous la dépendance d'une maladie générale: on l'observe au cours du rhumatisme, dans la blennorrhagie et la syphilis; elle siège alors au poignet, dans la gaine des extenseurs; au cou-de-pied, dans celle des péroniers; on l'a notée aussi au niveau de la coulisse tendineuse de la patte d'oie, des jambiers antérieurs et des extenseurs des orteils. La *synovite suppurée*, qu'on trouve plus communément dans les gaines du poignet et de la main, est provoquée parfois par les fièvres infectieuses: scarlatine, variole, fièvre typhoïde et pyohémie; mais sa cause la plus fréquente est sans contredit la propagation à la synoviale carpo-phalangienne d'une inflammation profonde, d'un panaris du pouce ou du petit doigt.

Cette propagation aux grandes gaines du poignet est trop importante pour ne pas nous arrêter un instant: on sait que les synoviales de la main communiquent avec les coulisses tendineuses du pouce et du petit doigt: lorsqu'un panaris profond les atteint, l'inflammation peut gagner sans peine les séreuses de la paume et de l'avant-bras: telle est l'origine des phlegmons diffus de ces régions. Dolbeau et Chevalet nient ce mécanisme; pour eux les lymphatiques superficiels ou profonds propageraient la phlegmasie. Mais Gosselin

et Schwartz, qui tiennent pour l'ancienne doctrine, demandent pour quoi les panaris de l'indicateur, du médus et de l'annulaire, aussi riches que l'auriculaire et le pouce en vaisseaux blancs, ne provoquent pas les mêmes phlegmons: pourquoi ces phlegmons occupent-ils la région médiane où se trouvent les gaines et ne se rencontrent-ils pas plutôt en dedans ou en dehors, le long du trajet de la cubitale et de la radiale que suivent les lymphatiques profonds? pourquoi s'accompagnent-ils d'une attitude caractéristique de la main qui se met en griffe? pourquoi, si les tendons restent libres, les mouvements de flexion deviennent-ils difficiles? pourquoi, enfin, n'observe-t-on pas ces phlegmons aux pieds, lorsque les orteils sont le siège d'une inflammation? Les lymphatiques n'y font pas défaut cependant! Il est vrai qu'aucune des coulisses tendineuses des orteils ne communique avec la synoviale plantaire.

Anatomie pathologique. — Les lésions de quelques variétés de synovites aiguës n'ont pu être directement constatées: les autopsies font défaut. Il en est ainsi pour la *synovite sèche*; on suppose que l'inflammation a provoqué non une exsudation de liquide, mais le dépoli de la séreuse et le dépôt, sur les feuillettes de la gaine, de néo-membranes fort ténues. Peut-être faut-il admettre qu'en certains cas ces néo-membranes, en s'épaississant, donnent naissance à la *synovite plastique*, dont les altérations sont bien connues pour avoir été étudiées sur quelques pièces démonstratives par Gosselin d'abord, puis par Verneuil, Nicaise et Schwartz.

Il se forme d'abord une substance gélatineuse rosée, sorte de lymphé plastique due à l'accumulation de cellules embryonnaires dont l'évolution n'est pas toujours la même; tantôt elles s'organisent en un tissu fibreux qui soude les deux feuillettes de la séreuse épaissie et parcourue par un abondant réseau capillaire; la synoviale est alors oblitérée complètement ou seulement cloisonnée çà et là par des lames épaisses, surtout au niveau des rétrécissements normaux de la gaine; tantôt de véritables fongosités se développent et forment une nouvelle variété que nous étudierons à propos des synovites chroniques; tantôt enfin les éléments jeunes se résorbent et la guérison est obtenue sans les raideurs, les attitudes vicieuses, les impotences fonctionnelles que provoquent les adhérences.

Les désordres qui accompagnent les synovites *suppurées* sont bien connus; comme pour les formes plastiques qu'elles compliquent sou-

vent, elles ont été surtout étudiées dans les gaines carpiennes. Un pus sanieux ou séreux distend la synoviale dont les parois sont épaissies et recouvertes d'une matière pulpeuse, blanche ou grisâtre, d'où émergent parfois des bourgeons charnus et des fongosités. Tantôt la collection occupe la cavité tout entière, tantôt, par suite d'un processus plastique concomitant, des néo-membranes cloisonnent la gaine et limitent des abcès circonscrits; tantôt la séreuse se perforé et des fusées purulentes décollent au loin les tissus; les articulations mêmes peuvent être ouvertes, leurs ligaments se détruisent, les os se nécrosent et ces ostéo-arthrites ont, en général, une marche très rapide.

Les tendons adhèrent les uns aux autres, leur tissu est érodé; ils s'exfolient en certains points; en d'autres, les lames superficielles sont piquées de bourgeons charnus plus ou moins abondants; lorsque la phlegmasie est intense, il y a mortification rapide, et les faisceaux fibreux sont transformés en une substance filamenteuse semblable à de la filasse mouillée. On a noté encore des altérations profondes du nerf médian et des ulcérations artérielles. — La synovite *séreuse* n'est pas mieux connue, anatomiquement, que la ténosite crépitante, et, à notre connaissance, on n'a pas publié d'examen direct; on sait seulement qu'un liquide séreux, d'abondance variable, distend les gaines tendineuses.

Symptômes. — La ténosite *crépitante* se reconnaît à des signes très nets : dans une des gaines que nous avons indiquées, rarement au pied, le plus souvent au poignet et surtout vers le tiers inférieur externe et postérieur de l'avant-bras, comme l'a fort bien établi Larger, survient une douleur vive qu'exagère le moindre mouvement; au même point peut apparaître une tuméfaction étroite et allongée et qui correspond au trajet connu des radiaux; souvent la peau conserve sa coloration normale, mais elle est parfois chaude et rouge; enfin, lorsque le malade exécute certains mouvements de la main, on sent une crépitation amidonnée ou neigeuse caractéristique. C'est là le signe essentiel, et, à peu près le seul, quand la rougeur et le gonflement sont nuls et les douleurs insignifiantes. Cette affection, parfois bilatérale, n'a pas de gravité, et n'était sa tendance à la récurrence et sa transformation possible quoique bien exceptionnelle en synovite séreuse ou purulente, on n'aurait guère à se préoccuper de l'aï, qui disparaît d'ordinaire en dix ou quinze jours.

La synovite *plastique* se caractérise par une douleur plus ou moins

vive au niveau de la gaine enflammée; il n'y a d'ordinaire ni rougeur, ni tuméfaction; à peine existe-t-il un léger empatement de la région; les mouvements sont gênés, puis impossibles, et on observe des attitudes vicieuses; dans les inflammations de la synoviale carpienne, siège habituel de la maladie, les diverses phalanges des doigts se fléchissent les unes sur les autres, la main prend l'aspect d'une griffe que le patient ne peut ramener à l'extension et le médecin n'y parvient qu'en rompant des adhérences dont il perçoit le craquement. Cette variété est grave non seulement parce qu'elle a été parfois le prélude d'une synovite suppurée ou d'une synovite fongueuse, mais parce que la résolution complète est exceptionnelle; elle laisse après elle des adhérences, des raideurs, des attitudes vicieuses, des impotences contre lesquelles la thérapeutique est fort mal armée.

La synovite *purulente*, lorsqu'elle est traumatique ou qu'elle succède à une inflammation de voisinage, débute par une douleur intense, une tuméfaction rapide; la peau rougit et devient chaude, les mouvements des tendons sont gênés; lorsque la synovite est carpienne, on note l'attitude vicieuse de la main, les doigts en griffe déjà signalés. Chacun de ces signes s'accroît; du troisième au sixième jour, sur les téguments livides et œdématisés, on perçoit une fluctuation qu'obscurcit souvent l'épaisseur des tissus tuméfiés; mais le pus rompt ses barrières, il fuse dans les tissus voisins, arrive sous la peau qu'il ulcère, et le liquide s'écoule au dehors, entraînant avec lui des débris de tendon et de tissu cellulaire mortifié. Des phénomènes généraux d'une certaine gravité, une fièvre vive, accompagnent souvent cette évolution de la phlegmasie; lorsque la synovite apparaît au cours d'une fièvre infectieuse, ils sont même prépondérants à ce point qu'ils peuvent masquer celle-ci. Le pronostic est alors fort grave et la mort presque fatale.

De sérieuses complications peuvent survenir : un phlegmon diffus se déclare qui envahit l'avant-bras, le membre supérieur tout entier; ou bien le pus se fraye un passage jusque dans la jointure et on a une ostéo-arthrite des plus redoutables; la septicémie, l'infection purulente sont à craindre. Ces accidents sont heureusement exceptionnels, mais ce qui ne l'est pas, c'est de constater, lorsque la synovite paraît guérie, l'impotence véritable d'un segment de membre : les tendons sont ankylosés et restent immobiles dans leur gaine. On connaît aussi des cas où, chez des individus cachectiques et scrofu-

leux, une synovite fongueuse a succédé à une synovite purulente.

La synovite *séreuse*, avons-nous vu, est presque toujours sous la dépendance de quelque état constitutionnel; elle n'est le plus souvent qu'une manifestation de la syphilis, du rhumatisme ou de la blennorrhagie. La synovite syphilitique, dont nous devons la première description à Verneuil et à Fournier, se caractérise par un épanchement, parfois bilatéral, d'abondance médiocre, à peu près indolore et qui apparaît surtout, aux premiers âges de la vérole, dans les gaines des extenseurs des doigts; le liquide se résorbe spontanément au bout de quinze à vingt jours si le traitement spécifique n'en a pas déjà fait justice.

La synovite rhumatismale et blennorrhagique est surtout fréquente dans la gaine des extenseurs des doigts et dans celle des péroniers; elle est moins froide dans son évolution que la précédente, et naît souvent au milieu de phénomènes fébriles: tout à coup, au niveau d'une coulisse tendineuse, la région se tuméfie, rougit, devient douloureuse et on perçoit une fluctuation des plus nettes; parfois une sorte d'alternance s'établit: une fluxion articulaire disparaît au moment où se développe la synovite, et la synovite se résout quand une jointure se prend. Nous avons vu, dans le service de Broca, une chaudepisse tarir tandis que la gaine du péronier se distendait; l'épanchement disparut bientôt pour faire place à une ophthalmie. La marche de cette affection est donc assez irrégulière, mais les terminaisons en sont favorables.

Traitement. — La synovite *sèche* ne réclame guère que l'immobilité de la région malade, une légère compression ouatée est néanmoins un bon adjuvant; les vésicatoires, la teinture d'iode, les onctions mercurielles belladonnées peuvent être utilisées lorsque l'inflammation est particulièrement vive; si quelques raideurs persistent après la guérison, on aurait recours aux douches sulfureuses, aux bains prolongés, au massage. La synovite *plastique* est redoutable par les adhérences qui s'établissent entre les tendons et les feuillettes de la séreuse; aussi faut-il immobiliser le membre et lui donner une bonne attitude: à la main, les doigts seront maintenus dans l'extension par une petite palette; les résolutifs, les antiphlogistiques seront employés. Après la résolution des phénomènes inflammatoires, on devra mettre en œuvre tous les moyens locaux qui peuvent rompre des adhérences déjà établies: mouvements progressifs

et forcés, massages, douches chaudes; malheureusement ces efforts peuvent rester inefficaces.

La synovite *séreuse* guérit souvent sans que le chirurgien intervienne autrement qu'en immobilisant la région; tout au plus applique-t-il quelques badigeonnages iodés, un vésicatoire; lorsque la syphilis est en jeu, le traitement mixte est indiqué. La synovite *suppurée*, grave par elle-même et par les complications qui peuvent survenir, sera traitée énergiquement. Le mieux eût été d'éviter son apparition, et les plaies pénétrantes, les contusions des gaines tendineuses seront surveillées avec l'attention la plus minutieuse; de même pour les panaris du pouce et de l'auriculaire, dont on connaît le rôle dans l'étiologie de la synovite.

Lorsque la phlegmasie vient d'éclater, on peut encore conjurer la suppuration par l'immobilité absolue, une compression méthodique, des bains antiseptiques prolongés. Dès que la collection sera formée, on pratiquera une incision suffisante pour évacuer le pus et désinfecter largement la cavité: on évitera ainsi les phlegmons diffus, les pénétrations articulaires, les ostéo-arthrites. Quelquefois les accidents éclatent avec une telle énergie que la question d'amputation se pose. On ne négligera jamais le traitement général; on soutiendra les forces du malade et, dans cette synovite comme dans les autres, on évitera toute cause d'affaiblissement qui pourrait aider au développement d'une synovite fongueuse.

2° SYNOVITES CHRONIQUES.

L'inflammation chronique des bourses et des gaines tendineuses présente plusieurs variétés; les auteurs ont décrit des synovites *séreuses simples*, des synovites *séreuses à grains riziformes*, voire des synovites *sèches* et des synovites *hémorrhagiques*; puis des synovites *fongueuses* et des synovites *tuberculeuses*. Nous réduirons à deux le nombre des synovites chroniques; nous réunirons d'abord les synovites séreuses simples et à grains riziformes, car leur évolution est analogue et la présence ou l'absence de ces corps dans la gaine n'est qu'un phénomène d'ordre secondaire. De même pour la synovite fongueuse et la synovite tuberculeuse: depuis que le tissu tuberculeux a été découvert dans la fongosité des synovites dites

fongueuses, on n'a plus trouvé de caractère essentiel pour séparer les deux affections; aussi, jusqu'à plus ample informé, les considérons-nous comme une seule et même maladie.

a. SYNOVITE AVEC OU SANS GRAINS RIZIFORMES.

Étiologie. — Les causes des synovites chroniques séreuses sont encore mal déterminées : ces affections peuvent succéder à des inflammations aiguës, mais ces cas sont fort rares; les chocs répétés, les frottements multiples que nécessitent certaines professions ont une influence incontestable et l'on voit les épanchements survenir fréquemment chez les manouvriers; les hommes en sont plus souvent atteints. On a invoqué la syphilis et l'arthritisme, et l'influence de ces diathèses ne saurait être méconnue. Mais bien des fois la collection liquide s'accumule, sans que le chirurgien puisse trouver dans l'histoire du malade une cause traumatique ou constitutionnelle capable d'expliquer l'apparition du kyste.

Ces synovites se montrent surtout au membre supérieur, dans les coulisses tendineuses des doigts, dans les abondantes synoviales qui entourent le poignet; mais on les rencontre aussi dans la bourse du psoas, au cou-de-pied, dans la séreuse des extenseurs et des péroniers, au creux poplité; ici ce sont les kystes simples qui dominent, tandis qu'à la main les kystes à grains riziformes sont plus fréquents. Cependant plusieurs auteurs, entre autres Cruveilhier et Goyran, en ont observé autour de l'articulation tibio-tarsienne; nous en avons vu un dans une des bourses séreuses de l'épaule.

Anatomie pathologique. — Dans les synovites chroniques, les parois de la gaine ont subi des modifications plus ou moins profondes; elles peuvent rester lisses et presque inaltérées, mais elles sont d'ordinaire épaissies, rigides et résistantes, même d'apparence cartilagineuse; il n'est pas difficile de constater les traces du travail inflammatoire et l'on trouve souvent des néo-membranes; aussi la surface interne a-t-elle perdu son aspect luisant; elle est dépolie, hérissée de brides, de crêtes, de végétations; peut-être est-il des cas où des vaisseaux en plus grand nombre parcourent les tissus nouveaux comme dans les hématoécèles vaginales, les pachyméningites : ce serait la synovite *hémorrhagique*, dont on n'a pas encore publié

d'observations indiscutables. Les tendons, comme l'a démontré Nicaise, sont le plus souvent altérés; ils sont adhérents au feuillet pariétal, amincis, atrophiés, érodés, détruits même en un point de leur trajet. Les exceptions sont nombreuses cependant, et nous avons vu, dans le service de Verneuil, des cas où les tendons étaient intacts : Notta, Humbert, Polaillon ont publié des faits analogues.

Le contenu du kyste est fort variable et son étude d'une grande importance, puisque ces différences déterminent les diverses variétés de synovites chroniques. Dans les synovites *séreuses simples*, celles qu'on rencontre si fréquemment au creux poplité, le liquide est quelquefois citrin, semblable à celui de l'hydarthrose ou de l'hydrocèle, ou visqueux, filant, de la consistance de la gélatine dont il a souvent la couleur; mais il revêt aussi une teinte rosée ou rouge et rappelle à s'y méprendre la gelée de groseille. Enfin il peut faire presque complètement défaut; les lésions consistent en un épaississement des parois, en une atrophie des tendons : il s'agirait alors de la synovite *sèche*; Nicaise en a publié un fait intéressant.

La synovite à *grains riziformes* ajoute aux lésions des parois et des tendons, à la présence d'une quantité d'ailleurs très variable de liquide séreux citrin, fluide ou visqueux, l'existence de corps particuliers dont l'aspect est loin d'être toujours le même. Si d'ordinaire ils sont blancs, mous, friables, semblables à du riz à demi-cuit, et tellement nombreux qu'ils présentent une masse presque compacte, d'autres fois ils sont peu abondants, d'une assez grande résistance, creusés d'une petite cavité centrale; leur forme rappelle celle d'un pépin de poire ou d'une graine de courge. Lorsqu'on ouvre le kyste qui les contient, on constate que le plus grand nombre est libre, flottant dans le liquide, mais on en observe d'appendus à la paroi de la séreuse par un pédicule plus ou moins étroit.

On a beaucoup discuté sur leur origine : d'après l'opinion la plus accréditée, les grains riziformes ou hordéiformes sont une végétation de la paroi du kyste; les éléments de cette membrane, surtout les franges, les villosités qu'on y trouve, prolifèrent; elles émettent des sortes de bourgeons qui s'aplatissent, puis se pédiculisent sous l'influence des mouvements incessants des tendons dans leur gaine; le pédicule se rompt et le corps devient libre. N'a-t-on pas observé les divers stades de cette évolution, et n'a-t-on pas vu, dans la même coulisse tendineuse, des végétations d'abord sessiles, puis à larges

pédicules, puis à pédicules étroits, enfin des corps flottants, libres d'adhérence? Leur structure confirme cette conception : Chandelix, dans ses recherches récentes, a montré une fois de plus que les grains riziformes présentent deux zones, l'une périphérique, stratifiée, à lamelles concentriques constituées par des cellules épithéliales à noyaux volumineux et analogues à celles qui tapissent normalement la séreuse; l'autre amorphe et granuleuse; à peine y trouve-t-on çà et là quelques noyaux; elle provient de la dégénérescence des cellules épithéliales.

Il paraît démontré cependant, malgré l'opinion contraire de Virchow, que les grains riziformes peuvent avoir une autre origine. Des concrétions fibrineuses se déposent sur la surface interne de la séreuse enflammée; les adhérences ne sont pas assez intimes pour que des lambeaux ne puissent en être détachés par les mouvements de va-et-vient des tendons; ces lambeaux membraniformes sont en général d'une minceur extrême, aussi s'enroulent-ils sur eux-mêmes, constituant ainsi la cavité centrale dont est parfois creusé le corps flottant. L'existence de cette seconde variété de grains riziformes, certainement beaucoup plus rare que la précédente, nous explique pourquoi, dans certains examens microscopiques, on n'a trouvé qu'une substance homogène et quelques débris granuleux dus à la fragmentation de la fibrine; les éléments figurés, les cellules épithéliales font complètement défaut.

Enfin Nicaise, Poulet et Vaillard ont publié des cas de synovites à grains riziformes fibrineux qui paraissaient d'origine tuberculeuse; il existait dans l'épaisseur de la séreuse enflammée des follicules de Charcot au milieu desquels un examen minutieux décelait la présence du bacille de Koch que l'on retrouvait même dans les grains flottant au milieu du liquide. 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 les mouvements de va-et-vient de tendons produirait les grains riziformes.

Symptômes. — Les synovites se développent d'une manière insidieuse. En un des points que nous avons 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 par exemple, c'est le hasard qui

fait 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 on constate une attitude vicieuse du segment de membre que meurent les cordons tendineux dont la gaine est chroniquement 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, irrégulièrement bosselée, a un aspect presque caractéristique : sur la face palmaire des doigts, on voit deux ou trois saillies hémisphériques séparées par des brides fibreuses pré-articulaires; au poignet, le ligament annulaire du carpe, à peu près 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 au contraire 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 d'ordinaire une fluctuation manifeste; lorsqu'il existe plusieurs bosselures, on peut renvoyer le plus souvent le liquide de l'une à l'autre et constater ainsi la solidarité des diverses poches. Il est même 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 explorateurs sentent une crépitation spéciale, comparée au frôlement de la soie, au froissement de l'amidon et de la neige, et provoquée, dit-on, depuis Michon, par le passage des corps flottants à travers les goulots, les espaces rétrécis qui conduisent d'une cavité à l'autre. La crépitation manque quand ces détroits font 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 des plus lentes; parfois surviennent quelques douleurs spontanées, 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 progressivement, 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 véritable phlegmon qui peut guérir la synovite en provoquant l'adhérence des feuillets séreux et des tendons, mais qui laisse après elle une impotence fonctionnelle souvent à peu près absolue. 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 tous les doutes.

Traitement. — Il est peu d'affections qui aient autant bénéficié des pansements nouveaux. Avant la découverte de l'antisepsie, 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 malheureusement est la règle, on abandonnait à peu près la maladie à elle-même. Cependant le *pronostic* en est grave : outre que ces kystes peuvent suppurer ou dégénérer en synovite fongueuse, ils ont trop souvent pour conséquence une impotence fonctionnelle presque absolue. Maintenant on est plus hardi et l'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 parfois; avec une grosse aiguille de l'aspirateur on débarrasse la poche du liquide qu'il contient; comme ce liquide est assez souvent visqueux et qu'il adhère aux parois il est bon de laver plusieurs fois la cavité avec de l'eau tiède avant d'injecter la teinture d'iode; une légère inflammation se développe et la

guérison peut survenir; nous venons d'obtenir ainsi un beau succès pour un kyste du creux poplité. Si l'on ne réussit pas, on aura recours à l'incision de la poche suivant le procédé que nous allons maintenant décrire et qui s'applique surtout aux synovites à grains riziformes.

Lorsqu'il s'agit en effet d'un de ces kystes, l'injection iodée échoue à cause de l'extrême difficulté d'évacuer complètement 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 largement 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 avec des crins de Florence et on suture les lèvres de la plaie; plusieurs succès ont été ainsi obtenus par Volkmann, Nicaise, Notta et Schwartz. Reconnaissons toutefois qu'il ne faut pas trop compter sur une réunion immédiate complète : dans la plupart des observations, on constate qu'au point d'entrée et de sortie du drain ou des crins de Florence, une fistulette a persisté pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

b. SYNOVITES FONGUEUSES.

Les *synovites fongueuses des gaines des tendons* ne sont connues que depuis peu; 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 commença 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 conquit 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. Lance-reaux, en 1875, Labbé et Coyne, puis Bouilly se posèrent les premiers la question que devaient résoudre l'observation de Trélat et