

les faits plus positifs encore de Terrier et de Verchère. Aussi, à cette heure, tout en admettant qu'il peut exister certains états inflammatoires chroniques caractérisés par la production de fongosités, on admet que le type clinique décrit par Bidart est, dans l'immense majorité des cas, d'essence tuberculeuse.

**Étiologie.** — Les fongosités envahissent de préférence 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 simultanément prises: une observation de Bidart nous montre les altérations à la fois dans la séreuse du jambier postérieur, du fléchisseur commun des orteils et du fléchisseur propre du petit orteil; nous soignons actuellement une vieille dame chez qui l'envahissement est plus complexe encore: toutes les gaines tendineuses de la région tibio-tarsienne, à l'exception des coulisses des extenseurs, sont atteintes. Mais 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 encore 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 traitons une synovite des gaines péri-articulaires consécutive à une entorse tibio-tarsienne. Comme les autres synovites des gaines, 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, il faut admettre que les synovites fongueuses naissent surtout chez les affaiblis et chez les scrofuleux. Sur cinq des observations du mémoire de Terrier et Verchère, quatre ont trait à des individus en puissance d'accidents pulmonaires; le malade de Trélat était aussi tuberculeux. Dans un fait récent que

nous avons vu à Bicêtre, nous n'avons trouvé ni strume antérieure, ni signe actuel de tuberculose, mais l'enfant, né avant terme, était pâle et chétif; aussi croyons-nous, avec la plupart des auteurs, à l'influence prépondérante du tempérament. 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. Des deux malades que nous soignons en ce moment, l'un est un enfant de sept ans et l'autre une dame de soixante-treize; les hommes adultes sont de beaucoup les plus exposés.

**Anatomie pathologique.** — Au début de l'affection, la séreuse se dépolit, elle se vascularise, ses parois deviennent épaissies; 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 plus ou moins 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 parfaite. Il n'en est pas toujours ainsi; parfois le tendon est terne, piqué de bourgeons charnus qui dessinent à sa surface des lignes sinueuses; les granulations progressent et érodent de plus en plus les lamelles du tissu; aussi le glissement dans la coulisse devient fort difficile, la surface tout entière du tendon peut être revêtue de fongosités; la perte de substance s'accroît; il se fait d'abord une profonde encoche, puis une solution de continuité complète, une destruction plus ou moins totale; 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, d'ailleurs, ressemblent de tous points 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 à peine rosées, grisâtres, semblables à du frai de poisson ou à de la chair d'anguilles. Elles rappellent parfois la pulpe de la groseille et il y transparait, comme un pépin, un petit noyau à centre jaunâtre, nodule tuberculeux en voie de destruction. Nous n'insisterons pas sur leur structure : les premières observations de Trélat, de Terrier et Verchère n'étaient pas absolument démonstratives; mais dans un nouveau cas de Terrier, Gilson démontre l'existence du follicule type, retrouvé depuis par plusieurs micrographes.

**Symptômes.** — Le tableau clinique varie suivant que la synovite des gaines des tendons 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 d'habitude : elle survient sans douleur appréciable, peu à peu, 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 toute 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 : d'abord 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, il en a été ainsi et la tumeur se montrait comme une masse allongée et molle qui distendait la séreuse. Cet aspect se modifie suivant la région; en bissac et fusiforme, avec prolongements possibles vers le pouce ou même le petit doigt au niveau de la main, 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; il en était ainsi dans les deux observations de Terrier et Verchère.

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, il 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 des 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 essentiellement 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 nous en citent des observations. On voit apparaître, par les fistules, les végétations qui forment un foyer peu volumineux d'ordinaire; parfois la perte de substance se réunit à des orifices analogues et la surface ulcérée devient considérable; parfois l'extension des fongosités se fait seulement 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. Au milieu des végétations, 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, chroniquement enflammés, 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 malheureusement 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

récidive; nous l'avons constatée au bout d'un an chez notre petit malade de Bicêtre; mais il a guéri de nouveau.

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 lipome 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 scrupuleuse des commémoratifs établira qui, de l'article ou de la gaine, a été primitivement atteint. Quand à tracer le diagnostic différentiel entre la synovite fongueuse proprement dite et la synovite tuberculeuse, nous avons déjà dit pour quelles raisons nous reculons devant cette tâche.

**Traitement.** — On a proposé contre la synovite fongueuse la compression, la cautérisation superficielle, les applications irritantes sur la peau, l'ignipuncture, et tout dernièrement les injections d'éther iodoformées au milieu des végétations; dans un cas que rapporte Poupelle, 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 et, lors de sa récurrence, notre enfant de Bicêtre, traité par les injections iodoformées et la compression, a guéri assez rapidement.

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

bonne et 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 dont il émane, du moins si l'on en croit la théorie la plus accréditée.

#### 1° GANGLIONS.

On nomme *ganglions*, *kystes péricapsulaires*, *kystes synoviaux folliculaires*, des tumeurs dont la cavité remplie de liquide est due à la distension des cryptes synoviaux des gaines tendineuses et des séreuses articulaires. — Leur histoire est maintenant bien 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, nacréée, résistante, et d'une épaisseur très variable; si parfois elle mesure à peine une moitié ou même un quart de millimètre, il est des cas où son feutrage fibrillaire, d'apparence presque cartilagineuse, en compte deux à trois; sa surface externe, lisse, régulière, est tapissée d'un épithélium pavimenteux. Le contenu est un liquide tantôt fluide, transparent, à peine teinté; tantôt visqueux, coloré en jaune ou en rose et assez consistant pour simuler de la gelée de pomme ou de groseille. La tumeur peut paraître libre, simplement juxtaposée à la coulisse tendineuse ou à la capsule articulaire: d'autres fois on trouve un pédicule qu'une dissection attentive permet de poursuivre jusqu'à la séreuse elle-même. Il est naturel-