

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, nacré, 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-

lement court ou long suivant que la distance est petite ou grande; encore ne suit-il pas toujours un chemin rectiligne et Verneuil l'a vu très flexueux; le plus souvent il est plein, en tout semblable à un cordon fibreux, mais il peut être creusé d'un canal perméable qui établit une communication entre le ganglion et la synoviale. Perrin en a montré un cas des plus nets à la Société anatomique.

Ainsi constitués, ces ganglions forment des tumeur irrégulières, bosselées par inégale distension des parois inégalement résistantes. Parfois des brides fibreuses semblent les diviser en plusieurs lobes. Leur volume est très variable; d'ordinaire gros comme un pois, une noisette, une amande, ils peuvent acquérir de plus grandes dimensions et atteindre même celle d'un œuf de poule; quoique généralement solitaires, on les a plusieurs fois rencontrés en assez grand nombre chez la même personne pour prononcer le mot de diathèse kystique. C'est au poignet, et surtout à sa face dorsale, au cou-de-pied, et de préférence à la face antérieure, qu'on les trouve communément, mais ils siègent aussi en d'autres points, aux régions carpienne ou fibio-tarsienne, puis aux doigts, au creux poplité. Lorsque le pédicule s'implante sur la séreuse articulaire, cas le plus fréquent, on nomme le kyste *arthro-synovial*, et *téno-synovial* s'il s'insère sur la gaine tendineuse.

Étiologie. — Cette implantation du pédicule nous met sur la voie de la pathogénie. On sait que les gaines tendineuses et les synoviales articulaires sont creusées de diverticules souvent fort allongés et dont le cul-de-sac passe à travers les mailles du tissu sous-séreux ou de la capsule fibreuse. Si les parois de ces cryptes sécrètent en plus grande abondance, si leur orifice est oblitéré par un coude brusque du conduit, à la suite de quelque inflammation adhésive, le liquide ne peut plus s'écouler dans la cavité articulaire ou tendineuse et une tumeur kystique se forme, qui peu à peu soulève les tissus, s'énuclée, pour ainsi dire, en conservant toutefois un pédicule, vestige de l'origine première; encore ce pédicule s'amincit-il souvent; il se rompt et tout lien disparaît entre le ganglion et la région d'où il provient. Cette théorie, défendue par Gosselin, a été mise hors de doute par nombre de dissections où on a pu montrer tous les intermédiaires entre la crypte synoviale presque microscopique et le ganglion isolé, sans attache avec la séreuse.

Il est probable cependant que telle n'est pas l'unique origine des

kystes folliculaires, et une vieille théorie de Bégin répond peut-être à un certain nombre de cas: Dans une jointure atteinte d'hyarthrose, une hernie synoviale peut se produire à travers les mailles peu serrées de la capsule articulaire; d'après Barswell cette hyarthrose préalable ne serait même pas indispensable, et, dans certains mouvements forcés, la synovie, malgré sa faible abondance, vient peser en un point de la séreuse qui cède sous l'effort; cette hypothèse nous expliquerait l'origine traumatique de quelques kystes que des observations indiscutables nous montrent apparus tout à coup après un mouvement exagéré. Disons toutefois que cette théorie n'est pas mieux établie que celle de la production spontanée des kystes admise par Virchow.

Quoi qu'il en soit, des ganglions reconnaissent pour cause un effort exagéré, une violence extérieure quelconque, une entorse par exemple. Il n'est pas rare de les rencontrer chez ceux qui, au cours de leur profession, impriment des mouvements répétés à certaines de leurs gaines tendineuses ou à certaines de leurs articulations. On en observe à la main chez les pianistes et les couturières: au cou-de-pied chez les facteurs et les jardiniers. Ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et c'est à l'âge adulte qu'elles apparaissent de préférence; au-dessous de dix ans et au-dessus de quarante il est exceptionnel de les voir se développer. Enfin, on incrimine divers états constitutionnels, entre autres le lymphatisme et la goutte, mais comme la diathèse scrofuleuse et la diathèse arthritique englobent la plus grande partie de l'humanité, invoquer cette cause, c'est mal masquer la difficulté d'expliquer l'apparition de quelques kystes folliculaires.

Symptômes. — A la face dorsale du poignet, à la partie externe du cou-de-pied, ou dans une des autres régions que nous avons signalées, on constate l'existence d'une petite tumeur indolore, mobile sous la peau normale, mais adhérente dans la profondeur. Sa surface est souvent hémisphérique, régulière, elle peut être aussi bosselée et lobulée; sa consistance est presque ligneuse dans certains cas; dans d'autres, elle offre la rénitence, l'élasticité qui caractérise les tumeurs liquides à parois distendues. D'habitude le ganglion est irréductible, mais parfois une pression méthodique, dans telle ou telle attitude de la jointure sous-jacente, chasse le liquide dans la séreuse articulaire: il existe alors un pédicule canaliculé franchement perméable.

Le ganglion n'est pas toujours indolore : les mouvements peuvent provoquer des souffrances assez vives; on cite même des observations où elles ont pris une intensité si grande que les fonctions du membre ont été abolies; il y a des accès véritables, des irradiations qui remontent vers le tronc tout comme dans certains tubercules sous-cutanés. Schwartz a vu, dans un cas, un des rameaux dorsaux du cubital soulevé et tendu par un kyste folliculaire, ce qui donna l'explication des douleurs intolérables accusées par le malade. La marche de ces kystes est toujours très lente; ils restent stationnaires pendant un très long temps; quelques-uns guérissent spontanément ou à la suite d'un traumatisme. Cette terminaison est rare, plus rares encore l'inflammation et l'ulcération de la poche. Boyer parle d'un ganglion qui disparaissait avant l'accouchement pour reparaître quelques semaines après.

Le *diagnostic* est des plus faciles : le siège du kyste, sa forme, son élasticité ne permettent guère de le confondre avec une autre tumeur. Les synovites tendineuses simples sont plus volumineuses; elles sont dans la gaine elle-même dont elles épousent la direction; les synovites à grains riziformes ont leur crépitation spéciale; on parle d'un ganglion du poignet, soulevé par les battements de la radiale sous-jacente et qui fut pris pour un anévrysme; l'examen sans doute avait été bien superficiel. Le *pronostic* est sans gravité, même lorsque la tumeur est douloureuse et qu'elle communique par un pédicule canaliculé avec la synoviale articulaire : l'extirpation, sous le pansement antiseptique, est à peu près sans danger.

Traitement. — Nous serons bref sur ce point, laissant de côté les modes d'intervention justement tombés en désuétude. On essayera tout d'abord de faire éclater le kyste sous la peau par une pression énergique exercée par le pouce du chirurgien; cette manœuvre est d'une trop grande simplicité, elle réussit trop souvent pour ne pas être le procédé de choix. Lorsque les parois sont épaisses et résistant, on peut, avec un ténotome obliquement introduit, dilacérer la poche par la méthode sous-cutanée; le liquide, comme dans le cas précédent, fuse dans le tissu cellulaire où il est absorbé; souvent, grâce à un pansement compressif, la collection ne se reforme pas et la cavité s'oblitére. Si le kyste reparaît, le mieux est d'extirper la poche; la bande d'Esmarch rendra la dissection facile et, lorsque le kyste communique avec la séreuse articulaire, le pansement de Lister

conjurera toutes les complications inflammatoires observées autrefois.

2^o TUMEURS PROPREMENT DITES.

On a rencontré dans les gaines tendineuses des *sarcomes*, des *fibromes*, des *lipomes*; on a signalé aussi des *tumeurs syphilitiques*. Les épanchements séreux nous sont déjà connus, aussi ne parlerons-nous que des *gommes*, et seulement pour dire qu'elles atteignent de préférence la gaine de la patte d'oie ou celle des péroniers, et qu'on les reconnaît à la coexistence d'autres accidents syphilitiques et à l'efficacité du traitement ioduré.

Les *lipomes* sont rares : on en a recueilli cependant une quinzaine de cas, tous affectant la gaine synoviale de la main; dans les observations de Robert, de Bonnet et de Trélat, la tumeur était crépitante; comme elle est aussi très molle, elle peut être prise pour une synovite à grains riziformes. La ponction exploratrice éclairera le diagnostic.

Très rares sont les *fibromes* : à peine en existe-t-il quatre ou cinq observations dans la science, encore il s'agit de tumeurs mixtes; en dehors des cas de Notta et de Nélaton, on avait affaire à des myofibromes et à des chondro-fibromes. Comme les lipomes, ils ont été rencontrés dans la paume de la main.

Les *sarcomes* sont moins exceptionnels : bien qu'on en ait signalé dans d'autres gaines, celles de la main sont le plus habituellement atteintes. La tumeur est souvent très molle et dans plusieurs cas on a cru à une synovite fongueuse. Dès que le diagnostic sera établi, on pratiquera l'extirpation : la récurrence est fréquente.