

sont ruginées à l'aide de la curette; 4° l'intérieur du sac est lavé avec une solution phéniquée à 5 p. 100; 5° drainage, pansement de Lister rigoureux. Il faut avoir soin de placer de chaque côté de l'incision un bourrelet assez épais pour que le bandage comprime la région et rapproche les parois de la poche.

§ 3. — Syphilis des bourses séreuses

Les lésions syphilitiques des bourses séreuses ont été étudiées pour la première fois dans ces dernières années par VERNEUIL et FOURNIER (1868 et 1873).

Les accidents observés d'ordinaire, sont les gommés. Là comme ailleurs elles sont des manifestations de la période tertiaire. Les bourses séreuses les plus souvent atteintes sont par ordre de fréquence : les bourses prérotuliennes, olécraniennes, épitrochléennes.

Les débuts de l'affection paraissent lents et insidieux, elle présente tous les caractères des gommés, et trois périodes manifestes : formation, ramollissement, ulcération. Beaucoup plus rare est l'hygroma syphilitique. Ce dernier se développe surtout pendant le cours des accidents secondaires. VERNEUIL toutefois a signalé, en 1873, deux cas de ce genre survenus à la période tertiaire, sans aucune lésion concomitante du squelette. Le traitement ne saurait différer de celui des accidents syphilitiques de la période à laquelle correspond le développement de la tumeur : Frictions mercurielles à l'extérieur, iodure de potassium seul ou associé suivant le cas aux préparations martiales ou mercurielles à l'intérieur.

II^e AFFECTIONS DES GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

Les bourses séreuses des tendons, étudiées d'abord par FOURCROY (1785) et MONRO (1799), ont été dans ces dernières années l'objet d'un certain nombre de monographies des plus remarquables. Les travaux des auteurs contemporains ont démontré que plusieurs états diathésiques prédisposent particulièrement aux maladies de ces bourses, et que, de plus, quelques affections locales entre autres la blennorrhagie, ont la remarquable propriété de réveiller et même de révéler ces prédispositions constitutionnelles.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION AIGUË DES GAINES SYNOVIALES

§ 1^{er}. — Inflammation simple des gaines synoviales

L'inflammation, dans les gaines synoviales, peut se manifester sous deux formes distinctes : ou bien il ne se produit pas d'épanchement liquide dans la

INFLAMMATION AIGUË DES GAINES SYNOVIALES.

gaine (synovite sèche), ou bien il y a exsudation d'un liquide plus ou moins abondant (synovite aiguë franche, avec épanchement).

A. — SYNOVITE SÈCHE. — AÏ. — TÉNOSITE CRÉPITANTE

Bibliographie. — POULAIN, *Mém. sur la crépité des gaines tendineuses*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 385. — LARGER, *De la production de la synovite crépitante par torsion exagérée de l'avant-bras sur le poignet et de son siège anatomique*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881 et 1882, et *Revue de chir.*, 1882.

Ces divers termes servent à désigner l'inflammation aiguë des gaines synoviales, sans épanchement. Signalée par DESAULT et BOYER, l'affection a été bien étudiée pour la première fois par VELPEAU.

Siège. Étiologie. — L'ail se localise surtout en certaines régions, là où les tendons sont enfermés dans des gaines fibreuses et serrées. Aux membres supérieurs la synovite crépitante se rencontre d'ordinaire sur les gaines des tendons de la région postérieure du poignet, et spécialement sur les tendons des muscles radiaux. Aux membres inférieurs, l'affection, plus rare, siège de préférence sur les muscles de la région antérieure de la jambe. On observe habituellement l'ail sur les sujets qui font exécuter à leurs muscles des mouvements violents ou leur demandent un travail pénible et continu. De là sa fréquence chez les ouvriers de certaines professions (menuisiers, ébénistes, blanchisseuses), et le grand nombre de cas observés chez les adultes, particulièrement sur les sujets du sexe masculin.

Dans un mémoire récent, LARGER a cherché à localiser exactement la synovite crépitante. D'après cet auteur les muscles radiaux externes seraient munis de deux gaines distinctes : l'une, gaine *carpienne inférieure*, est celle que l'on signale habituellement dans les traités d'anatomie; l'autre, non encore décrite, située à l'avant-bras, gaine *antibrachiale ou supérieure*, serait le siège exclusif de l'ail.

Anatomie pathologique. — RICHEL se croit en droit de conclure de ses expériences sur les animaux que le premier degré de l'inflammation des synoviales est caractérisé par la chute de l'épithélium qui tapisse leur face interne. Ce serait donc aux frottements des feuillets dépolis de la synoviale l'un contre l'autre qu'il faudrait attribuer le symptôme caractéristique de cette affection. Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs, MICHON et FOLLIN en particulier attribuent ce phénomène à une exsudation plastique qui se formerait dès le début de la maladie.

Symptômes. — La syllabe *ail!* par laquelle ceux qui ressentent des douleurs vives et aiguës traduisent leur souffrance a été employée par VELPEAU pour dénommer la synovite crépitante. La douleur est en effet un des symptômes principaux de l'affection. Presque nulle pendant l'état de repos du membre, à peine augmentée par la pression, elle acquiert une intensité extrême lors de l'accomplissement des mouvements involontaires ou provoqués. Au niveau du point douloureux, la peau conserve d'habitude sa couleur normale. Le phénomène caractéristique de la maladie est une sensation de crépitation parti-

PATROL. EXTERNE.

culière, que l'on peut rencontrer dès le deuxième ou troisième jour, successivement comparée au bruit que produit le cuir neuf lorsqu'on le froisse, à l'impression que l'on éprouve en serrant dans la main de la neige au moment du dégel; le *bruit de chaînons* ne s'oublie pas lorsqu'une fois on s'en est rendu compte. Pour le percevoir, il suffit d'appliquer la main au niveau des gaines douloureuses et de faire exécuter au malade quelques légers mouvements.

Diagnostic. — L'air est généralement facile à reconnaître. L'existence du bruit de chaînons suffit pour établir le diagnostic. Signalons cependant quelques causes d'erreur. La crépitation neigeuse que donnent les épanchements sanguins sous-cutanés lorsqu'on les écrase, la crépitation gazeuse de l'emphysème, dans certains cas même la crépitation des fractures ont pu donner le change (VELPEAU, VALLON, S. DUBLIN).

Terminaison. Pronostic. — Le pronostic de l'affection est bénin; le repos et un traitement approprié en ont assez rapidement raison; parfois, cependant, un épanchement sanguin se forme dans la gaine. Il faut savoir aussi que l'air récidive avec une grande facilité, d'où la nécessité de ne pas permettre au malade de reprendre trop vite ses travaux.

Traitement. — La première précaution à prendre consiste à immobiliser complètement le membre malade; puis au niveau du point douloureux on fera des applications de teinture d'iode, ou l'on déterminera la vésication soit à l'aide de coton trempé dans de l'alcool pur et recouvert d'une toile imperméable, soit avec un vésicatoire volant.

B. — SYNOVITE AIGÜE AVEC ÉPANCHEMENT

C'est le deuxième degré de l'inflammation des synoviales. A ce que nous avons dit, dans le précédent article, de l'étiologie et du siège de l'affection, nous ajouterons seulement que cette variété d'épanchement semble particulière aux rhumatisants.

Symptômes. — Qu'il s'établisse primitivement ou consécutivement à l'air, l'épanchement aigu s'accompagne toujours d'un cortège de symptômes généraux: frisson, fièvre, inappétence. Du côté de la région malade on observe d'abord une rougeur franchement phlegmoneuse, puis les gaines augmentent de volume et s'emplissent de liquide. Lorsque pareils phénomènes se produisent dans les gaines superficielles, l'inflammation gagne les tissus voisins; la région entière se montre rouge, tendue. La douleur, fréquemment très intense, est exagérée par les moindres mouvements. D'ordinaire, après avoir persisté quelques jours, une semaine au plus, la résolution commence, l'épanchement se résorbe, mais il reste pendant assez longtemps de la roideur et de la gêne des mouvements. Malheureusement il est des cas où la suppuration est inévitable (phlegmon des gaines). Le pus perce les gaines, fuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, donnant naissance à des phlegmons fort graves. Les tendons baignés au milieu du pus s'exfolient et sont chassés par lambeaux, la guérison toujours fort longue ne s'obtient alors qu'au prix de difformités sérieuses. Pareils accidents peuvent même nécessiter la perte du membre ou entraîner la mort du malade.

Le diagnostic de la synovite aiguë avec épanchement est des plus simples, mais il faut être très circonspect dans le pronostic et se tenir prêt à intervenir si la suppuration survient.

Traitement. — Le traitement de cette variété de synovite semble surtout médical; localement on se bornera à des applications résolutes et émollientes. Lorsque le pus est formé il ne faut pas lui laisser le temps de perforer les gaines et de se répandre dans le tissu cellulaire. De bonne heure on favorisera son écoulement. Le drainage, le bain, les pansements antiseptiques rendront alors les plus grands services.

C. — SYNOVITE BLENNORRAGIQUE

Bibliographie. — CH. RAVEL, *Observ. et matér. pour servir à l'histoire du rhumatisme blenn.*, *Art médic.*, nov. et déc. 1857. — TALAMON, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, t. II, p. 158, 136, 195 (On trouvera à la fin de ces deux travaux une bibliographie très complète sur ce sujet). — ROLLET, *Nouvelles recherches sur le rhumat. blenn. d'après un cas de synovite tendineuse*, in *Revue mensuelle de méd. et chir.*, t. II, 1878, p. 575. Thèses de Paris. — 1873, ELTCHANINOFF. — 1875, MAYMON.

Vers la fin du siècle dernier (1781), SELLE et SEWEDIAUR signalèrent le développement de certaines manifestations rhumatismales dans le cours de la blennorragie. Plus tard RICORD, BRANDES, CULLERIER insistèrent particulièrement sur les accidents observés du côté des bourses séreuses.

ROLLET, le premier, en 1858, remarqua semblables lésions du côté des gaines synoviales. GUBLER, en 1866, publiait sur ce sujet un article dans l'*Union médicale*. Depuis cette époque, les observations se sont succédé, et grâce aux travaux de VERNEUIL et de FOURNIER l'histoire de la maladie est à peu près complète.

Étiologie. — Pourquoi la blennorragie, affection locale, a-t-elle un retentissement sur les synoviales? Nous nous heurtons ici à un des points les plus obscurs de la pathologie générale. Simple coïncidence, disent les uns, métastase répondent les autres, masquant leur ignorance sous ce mot pompeux. La blennorragie, d'après GUYON, est pour la constitution une véritable pierre de touche. Sous son influence se réveillent et se développent des états constitutionnels jusqu'alors vagues et mal déterminés; pour le rhumatisme, par exemple, la chose paraît indiscutable. Des observations nombreuses démontrent que certains sujets ne peuvent contracter une blennorragie sans voir se développer infailliblement chez eux une série d'accidents rhumatismaux.

On a prétendu que c'était là un apanage du sexe masculin, les observations de FOURNIER établissent formellement le contraire, et l'un de nous a pu voir trois cas de synovite aiguë des gaines de la main chez des jeunes filles de dix-huit à vingt ans en puissance de blennorragie.

Siège. — Les gaines habituellement atteintes sont par ordre de fréquence, celles des péroniers latéraux, des muscles de la région postérieure de la jambe, les gaines de la paume de la main, enfin celles des extenseurs des doigts.

Symptômes. — La synovite se montre à des périodes assez variables de la

blennorrhagie, rarement dans le cours du premier ou du deuxième septénaire, le plus ordinairement vers la fin du troisième. Fréquemment aussi, la période aiguë a depuis longtemps disparu, il n'y a plus qu'un suintement du canal lorsque la maladie apparaît; celle-ci peut affecter deux formes : aiguë ou chronique. Les symptômes de la synovite aiguë d'origine blennorrhagique ne diffèrent en rien de ceux décrits précédemment; inflammation locale et réaction générale sont des plus vives. Cependant la suppuration dans ce cas n'a jamais été signalée.

Plus grave peut être la forme chronique. Un épanchement séreux se forme dans les gaines, sans douleur, sans réaction générale; les gaines, comme injectées, se dessinent sous les téguments, les mouvements sont gênés, les muscles s'atrophient. La maladie est essentiellement torpide; après des semaines, des mois, la résolution survient, mais en laissant des produits d'exsudation qui longtemps encore gêneront les mouvements.

Pronostic. — Cette variété de synovite ne compromet pas la santé, toutefois la lenteur de la guérison en fait une affection sérieuse; de plus, il faut prévenir les patients qu'ils devront s'attendre à des rechutes à chaque blennorrhagie.

Traitement. — Le traitement de la synovite aiguë ne diffère pas de ceux précédemment indiqués. Contre la synovite chronique la compression est à peu près la seule ressource. Les balsamiques ne semblent pas avoir grand effet sur ces manifestations. Une fois l'épanchement disparu, il faut s'occuper de la raideur et de l'impuissance fonctionnelle des membres. Les douches, bains de vapeur, fumigations, pourront être employés avec avantage. La médication la meilleure consiste dans l'association des eaux thermales sulfureuses et du massage tel qu'on le pratique à Aix-les-Bains (Savoie). Nous ne saurions trop insister aussi sur la valeur des bains de mer. Souvent leur emploi rétablira les mouvements et amènera la guérison d'écoulements intarissables.

CHAPITRE II

SYNOVITES CHRONIQUES

L'inflammation chronique des gaines synoviales affecte des formes variables; nous étudierons successivement : 1° la synovite sèche; 2° la synovite proprement dite (hydropisie des gaines tendineuses, kystes avec épanchement séreux ou gélatiniforme, avec ou sans grains riziformes); 3° la synovite fongueuse; 4° la synovite syphilitique.

1° SYNOVITE TENDINEUSE CHRONIQUE SÈCHE

Signalée par NICAISE, cette affection encore peu connue accompagne, suivant cet auteur, l'arthrite sèche et se développe avec elle sous les mêmes influences.

La maladie a été observée dans les gaines des tendons des régions externes et postérieures de la jambe. Sur un sujet dont les articulations étaient déformées par l'arthrite sèche, les parois des gaines étaient épaissies et fibreuses; à leur surface se voyaient des lobules de graisse, mais aucune trace de fongosité.

2° KYSTES SYNOVIAUX TENDINEUX

HYDROPIESIE DES GAINES SYNOVIALES SIMPLE, OU AVEC GRAINS RIZIFORMES

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurg.*, t. II, p. 148, 1839. — VELPEAU, in *Ibid.*, t. III, p. 452. — NICAISE, *Gaz. méd.*, 1872. — *Pansement de Lister. Guérison.* — NICAISE, *Soc. de chir.*, 1881, p. 871. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 104. — POLAILLON, p. 428. — NICAISE, p. 705. — *Composit. chimique des corpusc.*, in *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1884. Thèses de Paris. — 1851, MICHON (Th. de conc. de clin. chir.). — 1857, LEGUEST (Agrég.). — 1866, LANTIER. — 1873, PHILIPPI, PILLET.

On désigne sous ce nom des tumeurs de volume variable, formées par la distension d'une gaine synoviale, par un liquide quelquefois gélatiniforme, le plus ordinairement séreux; dans ce dernier cas il contient fréquemment en suspension de petits corpuscules analogues à des grains de riz (grains riziformes).

Historique. — DUPUYTREN est le premier qui ait signalé cette variété de tumeur à la face inférieure du poignet, mais comme les synoviales étaient encore peu connues, ce n'est qu'après les travaux de PADIEU, VELPEAU, MASLIEURAT-LAGEMARD, GOSSELIN, MICHON, que l'on trouve dans la science de bonnes descriptions de la maladie.

Siège. — Les coulisses tendineuses le plus souvent atteintes sont par ordre de fréquence : 1° les synoviales des fléchisseurs à la face palmaire de la main; 2° celles de la face dorsale du poignet; 3° les coulisses des péroniers latéraux, des muscles de la région postérieure et profonde de la jambe; 4° enfin FOUCHER et BIDART ont décrit des kystes synoviaux des tendons du creux poplité.

Étiologie. — Coups, chutes, pression, distension, telles sont les causes banales invoquées d'habitude, et comme dans la majorité des cas elles sont loin de satisfaire l'esprit, on est obligé de recourir à des causes générales : constitution, tempérament, diathèses, pour expliquer l'apparition de la maladie.

Anatomie pathologique. — Le kyste présente à étudier un contenant et un contenu.

Paroi. — C'est la gaine synoviale plus ou moins distendue et épaissie. La face externe adhère parfois fortement aux tissus périphériques, particulièrement aux tissus fibreux et aux os. La face interne, lisse dans le cas de kyste séreux simple, est rugueuse, chagrinée, dépourvue par place d'épithélium. Dans le cas de kyste hordéiforme elle est hérissée de petites saillies semblables à des verrues, les unes supportées par un pédicule grêle et effilé, les autres sessiles, implantées directement sur la membrane.

Le contenu de la tumeur varie; d'ordinaire c'est un liquide jaune citrin, transparent, analogue à de la synovie, se coagulant sous l'influence de la cha-