

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

##### HYDROPIE 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-

leur et des acides. Dans d'autres cas, surtout si la tumeur est ancienne, on trouve à la place du liquide une substance gélatiniforme, translucide, de couleur rose ou jaunâtre, comparable à de la gelée de coing ou de groseille, dont la nature est assez mal connue; DUPUYTREN l'a comparée à la substance molle qui, chez les enfants, occupe le centre du disque inter-vertébral (opinion reprise par VIRCHOW).

Au milieu du liquide nagent souvent des grains riziformes. Ce sont des concrétions dont le volume oscille entre celui d'un grain de mil et celui d'une lentille, allongés, arrondis, ovoïdes; ils ont absolument la forme de grains de riz cuits et présentent une coloration grisâtre, un aspect nacré, une surface lisse et onctueuse, une consistance cartilagineuse.

Deux théories ont été émises pour expliquer l'origine de ces corpuscules.

a. La première théorie est due à VELPEAU. Ses partisans admettent que sous l'influence d'une irritation lente, les parois de la poche se recouvrent d'un exsudat fibrineux ou albumino-fibrineux.

b. La plupart des auteurs croient avec VIRCHOW que les grains riziformes sont formés de substance conjonctive et résultent de la prolifération de la paroi interne.

Des faits observés par NICAISE semblent prouver que, suivant les circonstances, c'est tantôt d'une manière, tantôt d'une autre que ces corps se développent.

**Début. Symptômes. Marche. Terminaisons.** — Pour faciliter la description nous prendrons comme type les tumeurs de la paume de la main. Une sensation de gêne et de raideur, avec difficulté et faiblesse dans les mouvements, constitue d'ordinaire le symptôme initial; puis la tumeur apparaît, dessinant le trajet des gaines. C'est habituellement par la paume de la main que l'affection débute; de là elle gagne ensuite le poignet. Parvenu à son développement complet, le kyste présente une masse de forme variable, élastique, fluctuante; à son niveau, aucune altération appréciable de la peau. Le ligament annulaire antérieur du carpe divise souvent la tumeur en deux parties bien distinctes, chacune de ces masses, à son tour, paraît plus ou moins bosselée. La formation de ces saillies, de ces dépressions résulte de l'amincissement de la paroi du kyste en certains points et de son épaissement en certains autres, là où il est doublé par des tractus de tissu fibreux. On a signalé dans quelques cas des douleurs assez vives sur le trajet des nerfs; ces douleurs remonteraient parfois jusqu'à l'épaule, affectant le caractère de névralgies ascendantes.

Sous le ligament annulaire antérieur du carpe existe un passage faisant communiquer la masse carpienne avec celle de la paume de la main, ce dont il est facile de se rendre compte en pressant sur l'une ou l'autre des tumeurs alternativement. On sent ainsi manifestement le liquide refluer d'un côté à l'autre du ligament. Si le liquide contient des grains riziformes, on éprouve dans cette dernière manœuvre une sensation spéciale, dite : *bruit de chaînes*. La main n'oublie plus cette impression, lorsqu'une fois on s'en est bien rendu compte; elle peut être comparée à la sensation que l'on percevrait en faisant rouler les anneaux d'une chaîne de montre enfermée dans un sac

de cuir neuf. VIRCHOW, qui s'est livré à des expériences sur ce sujet, prétend que trois circonstances sont nécessaires à la production d'un pareil phénomène :

1° La présence de corpuscules dans le liquide ;

2° L'existence d'une cavité bilobée dont les deux parties communiquent entre elles ;

3° La possibilité pour les corpuscules et les liquides de passer de l'une dans l'autre de ces cavités. Cette dernière condition exige que les corps hor-déiformes ne soient pas en grande quantité, qu'ils ne soient pas tassés, que le collet ne soit ni trop large ni trop étroit, et que le liquide ne distende pas la poche outre mesure.

Ces tumeurs présentent un accroissement excessivement lent, quelques-unes persistent pendant dix, quinze, vingt ans, sans subir aucun changement. La guérison spontanée semble rare; les parois du kyste s'épaississent dans certaines circonstances, deviennent lardacées et fongueuses, parfois même l'épanchement séreux change de nature et se transforme en épanchement purulent; dès lors l'inflammation se propage aux tissus voisins, aux os, aux articulations; de là les accidents les plus graves.

**Diagnostic.** — La forme de la tumeur, son mode particulier de développement, sa marche, son caractère d'indolence, dans quelques cas même la transparence permettront d'ordinaire d'affirmer le diagnostic. Certaines difficultés peuvent cependant surgir. On rencontre des abcès froids dans lesquels, au milieu d'un liquide séreux, nagent des grumeaux durcis. Pareilles collections sont très bien susceptibles de donner le change; de plus nous avons déjà dit que la fausse fluctuation était fréquente dans les tumeurs fongueuses; une ponction exploratrice sera nécessaire quelquefois pour lever les dernières doutes.

**Pronostic.** — La gravité du kyste dépend de son volume et de la gêne qu'il occasionne dans les mouvements. Il ne faut pas toutefois aller aussi loin que les auteurs du *Compendium* et croire que la maladie soit entièrement bénigne; pour corriger cette erreur il suffirait de réfléchir aux accidents qui peuvent survenir.

**Traitement.** — L'extirpation, l'incision, l'excision, la ponction simple, le séton et les injections ont été successivement employés contre cette affection. Mais comme le faisait remarquer VERNEUIL à la Société de chirurgie, en 1881, « Les tentatives de traitement opératoire des kystes à grains riziformes avaient donné de si fâcheux résultats avant l'emploi des pansements antiseptiques, que j'en étais arrivé, il y a une dizaine d'années, à refuser toute opération. Mon opinion, ajoute ce chirurgien, s'est modifiée; j'ai réussi pleinement dans trois cas, après m'être entouré de toutes les précautions de la méthode antiseptique. J'incise dans la paume de la main, au-dessus et au-dessous du ligament carpien et je place un tube spécial dans chacun des points ouverts; la réunion me paraissant avoir ici plus d'inconvénients que d'avantages, je me garde de réunir la plaie, et je place le membre dans un appareil ouaté. J'ai vu chaque fois survenir la guérison en quinze ou vingt jours. »

On pourrait, comme le fait remarquer TRÉLAT, faire le raclage des gaines, si

l'on désirait obtenir la réunion par première intention. Des observations semblables ont été présentées par NOTTA, NICAISE, POLAILLON, HUMBERT, toutes avec le même succès.

## 3° SYNOVITE FONGUEUSE OU TUBERCULEUSE

**Bibliographie.** — DEVILLE, *Lésions chroniques des bourses séreuses de la paume de la main*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1851. — MARCOWITZ, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — DEBOVE, LANCEREAUX, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873. — DUPLAY, *Leçons de clinique chirurg.*, 1877. — LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — BOULLY, *Gaz. méd. de Paris*, 1881. — CROFT, *Transact. Path. Soc.*, London. — NICAISE, *Revue méd. franç. et étr.*, 1881, t. II, p. 479, et *Gaz. des Hôp.*, p. 916. — DOYEN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882. — MASKE, *Centr. f. Chirurg.*, n° 23. — MOLLIERE, *Extirpat. préventive*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 461, 1882. — TERRIER et VERCHÈRE, *Revue mens. de méd. et chir.*, 1882. — TRÉLAT et JAMIN, *Progrès médical*, 1882. — MALASSEZ et VIGNAL, *Soc. de biologie*, 1883.

Thèses de Paris. — 1858, BIDART. — 1866, CAZANON. — 1872, KYRIAKOU. — 1878, PRIOU. — 1882, ZANNELLI. — 1883, SOUPELLE, CHANDELUX (Agrég.).

Nous désignerons sous ce nom l'inflammation chronique des gaines synoviales, avec production dans l'intérieur de leur cavité d'un tissu particulier dit jusqu'ici tissu fongueux, et qui n'est autre, comme l'ont démontré les recherches modernes, qu'une production tuberculeuse.

**Historique.** — Le premier mémoire intéressant sur la question est la thèse de BIDART (1858). DEBOVE, en 1873, attire l'attention de la Société anatomique sur un cas de tuberculose articulaire du poignet, avec altération de même nature du côté des synoviales. Néanmoins il n'y avait là rien de précis. A LANCEREAUX revient l'honneur d'avoir le premier signalé, d'une façon indiscutable, la tuberculose des synoviales (1873). Plus récemment (1881) BOULLY a étudié l'affection au point de vue clinique. Notons encore d'autres faits fort curieux relatés par JAMIN, une étude de VERCHÈRE et TERRIER (1882), un mémoire de ce dernier à la Société, et enfin la remarquable thèse d'agrégation de CHANDELUX (1883).

**Anatomie pathologique.** — La synovite tendineuse tuberculeuse peut être primitive ou consécutive à des lésions tuberculeuses de voisinage (articulations, squelette).

Les fongosités sont petites, villeuses, ou sous forme de masses mamelonnées, mûriformes. Suivant leur développement CHANDELUX les désigne sous le nom de : *villiformes, papillaires, réticulaires, arborescentes*. Ainsi que BOULLY a pu s'en rendre compte en opérant un sujet sur le membre duquel il avait fait une application exacte de la bande d'ESMARCH, ces productions se formeraient exclusivement sur la portion pariétale de la gaine, seule organisée et vasculaire.

Lorsque ces fongosités se développent rapidement, la gaine, n'étant bientôt plus assez grande pour les contenir, se perforé en plusieurs points, donnant passage à la masse morbide qui envahit le tissu cellulaire ambiant. Les tégu-

ments restent sains pendant assez longtemps, la synoviale distendue les soulève et se dessine. Plus tard, surtout si la maladie est abandonnée à elle-même, la peau ulcérée par place laisse échapper les végétations fongueuses. Quant aux tendons, ils restent intacts d'habitude, parfois ils sont très légèrement érodés, dépolis, jaunâtres; enfin les fongosités s'implantent quelquefois à leur surface, les pénètrent et les transforment entièrement en tissu fongueux (TRÉLAT). Les muscles, comprimés, refoulés, réduits à une inaction forcée, finissent par s'atrophier, on les trouve en général en voie de dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée. Quelle est la nature de l'affection? LANCEREAUX, dans une communication à la Société anatomique à propos du fait ci-dessus relaté, annonçait avoir trouvé dans le tissu pathologique, de petites masses graisseuses rappelant les dépôts caséux du tubercule infiltré. La tumeur enlevée par TRÉLAT en 1881 était constituée : 1° par un tissu fibreux formant la majeure partie de la production; 2° par des foyers tuberculeux avec nodules et cellules géantes. Enfin, dans les derniers examens faits au Collège de France sur les pièces de TERRIER par MALASSEZ et GILSON, on a constaté manifestement : 1° l'oblitération des vaisseaux; 2° la présence de cellules géantes entourées de zones de cellules embryonnaires; 3° l'existence de foyers embryonnaires offrant à leur centre une dégénérescence granuleuse; ce sont là les lésions qui, actuellement au moins, sont regardées comme caractéristiques de la tuberculose. Les recherches de l'un de nous et les inoculations vérifient ces conclusions. Cette synovite est donc de nature tuberculeuse.

**Symptômes.** — La synovite tuberculeuse, d'après TERRIER, offre trois types manifestes, habituellement distincts, mais qui peuvent se succéder.

Le premier type est la synovite fongueuse ordinaire, décrite pour la première fois par BIDART. Les débuts sont lents, insidieux; généralement la synovite offre déjà un développement notable lorsque le malade ou ceux qui l'entourent commencent à s'en occuper. Empatement vague sur le trajet d'une gaine, gêne de certains mouvements, tels sont les phénomènes initiaux. Plus tard se forme une tumeur bien délimitée. La surface, au début lisse, régulière, sans bosse-lure, est ensuite mamelonnée. Cet aspect s'explique très bien par le plus ou moins de résistance qu'opposent les tissus à l'envahissement du mal. La tumeur représente exactement le trajet de la gaine, la direction varie en conséquence suivant les régions. Si la synoviale intéressée est superficielle, il est possible, surtout pendant les premiers temps de la maladie, d'imprimer à la masse des mouvements de latéralité parallèlement à son axe; en faisant contracter les muscles correspondant aux tendons, il est facile de voir que la tumeur accompagne ces derniers dans leur course. La peau conserve pendant un certain temps sa coloration normale, puis elle devient tendue et rougeâtre, plus tard luisante et violacée; par le toucher on constate l'existence d'une tumeur élastique rénitente. La sensation de fausse fluctuation semble fréquente, car elle a souvent occasionné des erreurs de diagnostic et des incisions intempestives. Lorsque les téguments sont ulcérés, une sanie purulente s'échappe de ces ouvertures, la masse morbide se montre bientôt elle-même, se développant au dehors sous forme de tumeur framboisée qui saigne avec facilité; elle est remarquable par son indolence, son immobilité et une tendance manifeste à

l'ulcération. Les phénomènes généraux sont très peu marqués, il n'existe pas de retentissement ganglionnaire. Les mouvements sont gênés, leur amplitude diminue peu à peu. La maladie marche le plus souvent avec une grande lenteur; parfois cependant, à la suite d'un coup, d'une chute, sans cause appréciable même, elle passe à l'état aigu. Dans la majorité des cas, avant que le développement de la synoviale soit très avancé, il se produit une atrophie assez sensible du membre. Peau, muscles, os, articulations périphériques peuvent rester pendant longtemps intacts, mais dans certains cas ils sont rapidement envahis par la production tuberculeuse, et les lésions ainsi produites nécessitent parfois une intervention chirurgicale des plus actives.

Un deuxième type assez voisin du précédent a été observé par TERRIER dans les gaines du poignet et de la main. La synoviale n'est plus envahie dans toute son étendue, comme précédemment, mais bien par places. Ces diverses tumeurs marchent et se développent isolément; rapidement elles aboutissent à la formation d'ulcères desquels s'écoule une sanie purulente plus ou moins considérable.

Le troisième type clinique, comparable à la synovite aiguë des articulations, étudié par LAVERAN, offre, d'après TERRIER, tous les symptômes d'une synovite aiguë avec épanchement, tuméfaction considérable, rougeur des téguments, chaleur de la région, enfin douleurs vives. Il existe à ce moment un liquide séreux contenant des grains riziformes; puis rapidement se développent les fongosités synoviales. Ces deux dernières affections constitueraient la forme aiguë et subaiguë de la maladie dont la synovite fongueuse ordinaire serait la forme chronique.

**Étiologie. Siège.** — Les contusions, plaies contuses, mouvements violents et répétés jouent un grand rôle dans le développement de la maladie; fréquemment aussi on ne sait à quelles causes en rattacher l'apparition. La synovite peut être en effet la première manifestation de la tuberculose et se montrer sur un sujet dont l'état général est assez satisfaisant. Presque toujours les malades atteints présentent les attributs du tempérament lymphatique. C'est à l'âge adulte et sur les enfants de huit à douze ans que pareils accidents se rencontrent habituellement. La gaine des péroniers latéraux, les petites gaines des fléchisseurs, celles de la paume de la main sont les plus fréquemment prises.

**Diagnostic.** — Il n'est pas difficile de reconnaître la présence de fongosités dans une gaine synoviale, mais souvent le chirurgien est très incertain pour se prononcer sur leur nature. Si l'état général est peu satisfaisant, surtout s'il existe d'autres lésions tuberculeuses, on aura autant d'indices précieux pour soupçonner l'existence de productions caséuses. Lorsqu'on voit se développer sur un organisme sain une synovite à marche aiguë ou insolite, comme celles que nous avons signalées, d'après TERRIER, on devra aussi songer à la tuberculose.

**Pronostic.** — Cette variété de synovite constitue une affection grave, d'abord à cause des troubles locaux qu'elle occasionne, puis parce qu'elle annonce un état général défectueux. La maladie a peu de tendance à rétrocéder et nécessite une intervention chirurgicale rapide, sinon plus tard le chirurgien sera forcé d'en venir à l'amputation.

**Traitement.** — Pendant les premiers temps de la maladie, il faut essayer, par l'emploi judicieux de la compression, des révulsifs, surtout en exigeant, lorsque faire se pourra, un séjour prolongé du patient au bord de la mer, d'enrayer les progrès du mal. Si malgré ces moyens, après un certain temps, la synovite continue à se développer, une intervention plus active est nécessaire. L'opération qui nous paraît la plus judicieuse est le raclage avec la curette, proposé par BOULLY. L'appareil d'Esmarch étant appliqué, les trajets seront mis à nu, tous les tissus abrasés, et les points douteux touchés au fer rouge. De cette façon on aura d'autant plus de chance de succès que l'affection sera plus ancienne. Il faut savoir cependant que, très probablement, le raclage occasionnera une adhérence du tendon aux tissus périphériques, partant l'anéantissement des mouvements auxquels ce tendon présidait. De plus si le raclage n'est pas complet, ce traumatisme pourra devenir l'occasion d'une infection générale. Il pourrait donc se faire que l'amputation fût l'intervention la meilleure.

#### 4<sup>e</sup> AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES GAINES TENDINEUSES

**Bibliographie.** — MAURIAC, *Gaz. des Hôp.*, 1875. — FOURNIER, in *Ibid.*, 1868. p. 645. — VERNEUIL, *Lésions syphilitiques tertiaires, etc.*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1873. Thèses de Paris. — 1872, ROCH. — 1874, CHOUET. — 1875, VOISIN. — 1877, PLATEAU. — 1878, BOULLY (Agréé.).

Nos connaissances sur cette variété de lésions datent à peine de quelques années (1860). Ce sont les travaux de VERNEUIL et FOURNIER qui ont attiré l'attention sur ce sujet.

Les faits rassemblés dans la thèse de CHOUET semblent prouver que cette manifestation spéciale de la syphilis se montre surtout chez la femme. Les gaines le plus communément atteintes sont par ordre de fréquence : 1<sup>o</sup> celles des tendons extenseurs des doigts et des orteils; 2<sup>o</sup> les synoviales des péroniers latéraux; 3<sup>o</sup> celles qui environnent les tendons situés au voisinage du genou (patte d'oie, biceps crural). La maladie se présente sous deux formes.

a. *Forme subaiguë.* — Synovite avec épanchement, caractérisée par la présence d'un liquide jaunâtre, filant, nuageux, qui se prend parfois en gelée. Rougeur légère de la région, douleurs tant spontanées que provoquées assez vives. Durée, sept à huit jours; les récidives sont fréquentes.

b. *Forme chronique. Synovite plastique. Induration de la synoviale. Gommès.* — Affection presque spéciale aux gaines des tendons extenseurs des doigts et des orteils. Le gonflement de la région constitue fréquemment le seul symptôme appréciable du début, puis la synoviale s'épaissit, un exsudat pseudo-membraneux la tapisse; il forme par place des petits plis épais analogues à de véritables gommès, dont ils ont du reste l'évolution et la marche. La durée de l'affection semble fort longue (sept à dix mois).

Ces lésions appartiennent à la période secondaire de la syphilis, elles ont un début insidieux, une marche lente, leurs symptômes sont intermittents dans

leur apparition et leur mode de développement; à leur suite persistent souvent de la raideur et de la gêne dans les mouvements. Le traitement spécifique, les toniques joints aux moyens locaux employés d'ordinaire pour le traitement des synovites auront, à la longue, raison du mal.

### CHAPITRE III

#### TUMEURS DES GAINES SYNOVIALES

##### § 1<sup>er</sup>. — Ganglions. — Kystes synoviaux folliculaires (FOLLIN) Kystes péri-tendineux

**Bibliographie.** — SYME (J.), *Bursal Swelling of the Wrist and Palm of the Hand*, in *Lond. et Edinb. Month. J. M. Sc.*, 1844, IV, 825. — GOSSELIN, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, p. 357, 1851. — FOUCHER, *Gaz. heb.*, 1855, p. 271, et *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 313 et 426, 1856. — R. BARWELL, *The Lancet*, t. II, p. 371, 1858. — VIRCHOW, *Hygroma, Ganglions*, in *Traité des tumeurs*, t. 1<sup>er</sup>, p. 491, 1867.

Thèses de Paris. — 1837, LEGUEY. — 1882, BOLOGNESI.

Ces dénominations différentes ont été successivement appliquées à de petites tumeurs de consistance variable, réductibles ou non, que l'on rencontre au niveau de certaines articulations, au dos du poignet en particulier.

**Anatomie pathologique.** — La nature de ces tumeurs a été pendant longtemps en litige, les opinions diverses émises à ce sujet peuvent être rangées sous cinq chefs :

1<sup>o</sup> Le ganglion est une production particulière du tissu cellulaire. — Admise par LEVEILLÉ, BOYER, RICHERAND, cette théorie explique la formation du ganglion par un dépôt d'humeur dans le tissu cellulaire, ce dépôt était dû à un trouble spécial de nutrition.

2<sup>o</sup> Hernie de la synoviale à travers une éraillure aponévrotique. — Présentée par BÉGIN, défendue par VELPEAU, VIDAL (de Cassis) MARCHAL (de Calvi), cette théorie admet la formation préalable d'une hydarthrose. Distendue par le liquide épanché, la synoviale se laisse déprimer en ses points les moins résistants, et vient faire hernie à travers les orifices que laissent entre eux les ligaments en s'écartant. Malheureusement pour cette théorie, l'hydarthrose préalable sur laquelle on se base existe rarement, les éraillures ligamenteuses sont peu fréquentes, et presque jamais on ne trouve de communication entre le ganglion et la synoviale.

3<sup>o</sup> Rupture d'une gaine tendineuse. Épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire. — D'après MARCHAL, c'est à ESSER (1746) qu'il faudrait attribuer l'idée première de cette opinion. Si le fait était vrai, la rupture des synoviales

serait commune; de plus, on serait en droit de rechercher la raison de la fréquence plus grande de cet accident chez la femme qui, par ses occupations mêmes, devrait être à l'abri de semblables lésions.

4<sup>o</sup> Accumulation de synovie dans les gaines tendineuses. — Si cette hypothèse était admise, on ne comprendrait pas pourquoi l'accumulation du liquide se limiterait en un point, pendant qu'au-dessus et au-dessous la gaine resterait intacte.

5<sup>o</sup> Dilatation des follicules des synoviales articulaires. — Se basant sur

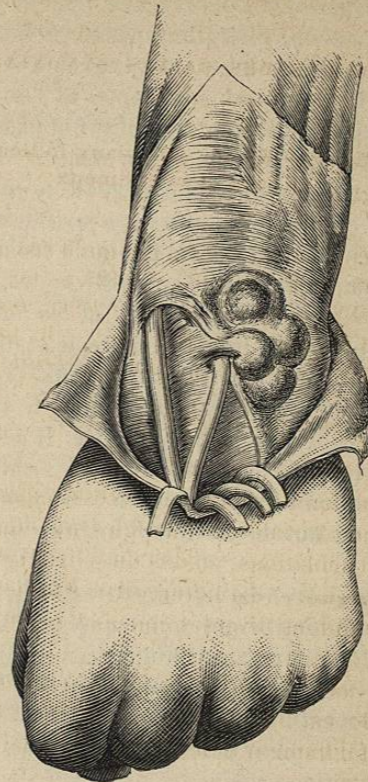


Fig. 27. — Ganglion du poignet. (Extrait des Archives de VIRCHOW.)

la dissection de nombreuses pièces anatomiques, dès 1857 Gosselin mit en avant cette dernière théorie devenue classique. Il a démontré qu'il existe autour des articulations, de celles du poignet en particulier, nombre de prolongements en cul-de-sac qu'il nomme follicules ou kystes. Le volume de ces follicules varie : c'est celui d'un grain de millet, d'une tête d'épingle, d'un pois. Ils ne communiquent pas avec l'articulation et contiennent un liquide sirupeux, rougeâtre. Supposons un développement anormal de ces follicules, et le ganglion se trouve formé (fig. 27). En s'accroissant, ces petites tumeurs soulèvent les tissus fibreux, les écartent et viennent faire hernie sous la peau. En certains points persistent des tractus de tissu fibreux qui compriment le