

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^{er}. — 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^{er}, 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^o 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^o *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^o *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^o *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^o *Dilatation des follicules des synoviales articulaires.* — Se basant sur

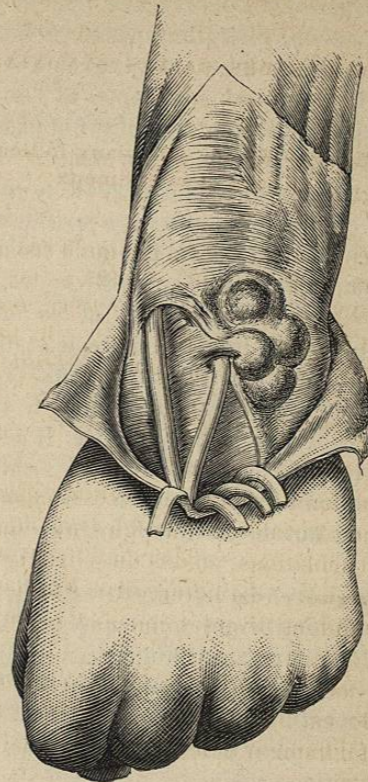


Fig. 27. — Ganglion du poignet. (Extrait des Archives de VIRCHOW.)

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

kyste, de là l'existence de bosselures et de lobes. Au début un pédicule mince susceptible de persister rattache la masse morbide à l'appareil ligamenteux de l'articulation. Parfois aussi, aminci progressivement, il disparaît et la tumeur reste libre au milieu du tissu cellulaire. Telle est l'opinion généralement admise en France. En Allemagne, TEICHMANN considère les ganglions comme un véritable néoplasme, et VIRCHOW les range dans la classe des kystomes.

Symptômes. — Le ganglion se montre au début sous forme d'une tumeur arrondie, dure, parfois légèrement dépressible, irréductible. Les téguments ne présentent à son niveau aucune altération, pas la moindre adhérence, aucune douleur, pas de gêne. Certains mouvements, la flexion de la main par exemple, rendent la petite masse beaucoup plus saillante. Si l'on essaye de presser sur le ganglion, on ne sent généralement aucune fluctuation, la tumeur ne se réduit pas, les doigts glissent facilement sur elle.

Diagnostic. Marche. Pronostic. — Le siège de la tumeur, sa forme, l'absence de fluctuation, de crépitation, suffisent à la différencier des autres affections des synoviales. Les hernies sont d'habitude faciles à réduire, et nous ne mentionnerons que pour mémoire, d'après MICHON et LEGUEST, la confusion possible avec les kystes à grains riziformes et les anévrysmes. Arrivé à un certain degré de développement, le ganglion reste stationnaire, il subit souvent des oscillations diminuant à certains moments, pour augmenter de nouveau ensuite, parfois même il disparaît entièrement, sans qu'il soit possible de pénétrer la cause de cette guérison spontanée. Il peut encore arriver, c'est cependant là une terminaison rare, que la poche s'enflamme et suppure. On doit par tous les moyens habituels s'opposer à ce mode de terminaison, des complications graves pouvant se produire (arthrite purulente et ses conséquences).

Traitement. — Les vésicatoires, les emplâtres iodurés, les applications de teinture d'iode et d'alcool rectifié ont donné quelques succès, mais, en raison de la structure du ganglion, il ne faut voir dans ces cas heureux que de simples coïncidences. Les procédés de traitement peuvent être rangés en deux classes.

A. *Procédés non sanglants.* — 1° *Compression.* — Le kyste est comprimé à l'aide d'un plan résistant (pièce de monnaie) et d'un bandage. Les résultats ainsi obtenus sont rarement sérieux.

2° *Écrasement.* — Le chirurgien applique les pouces sur la tumeur et appuie sur elle de toute sa force. On peut, pour avoir plus de prise, interposer une pièce de monnaie, un cachet, etc. Sous l'influence de ce traitement, on est parfois assez heureux pour voir le kyste se rompre : son contenu se répand alors dans le tissu cellulaire où il se résorbe ; une compression légère maintenue pendant quelques jours assurera la guérison. Ce procédé de traitement est fort innocent ; c'est par lui qu'il faut toujours commencer.

B. Nous rangerons sous le nom de *procédés sanglants* toutes les méthodes de traitement dans lesquelles on ouvre la poche et on évacue son contenu, soit au dehors, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

1° *Ponction simple.* — Entièrement délaissée aujourd'hui ; on lui préfère, à juste titre, la méthode sous-cutanée.

2° *Ponction, incision sous-cutanée, dilacération de la poche.* — Un couteau à lame très étroite, le couteau de de Græfe par exemple, va atteindre obliquement la tumeur, en passant sous les téguments à travers un pli fait à la peau. En retirant l'instrument on ouvre largement le sac, puis, par pression, on évacue son contenu dans le tissu cellulaire. Un pansement antiseptique légèrement compressif assure la guérison.

3° *Ponction avec aspiration, injection d'alcool ou d'iode.* — Ce moyen est peu applicable, vu l'état sirupeux du liquide.

4° *Séton.* — Le séton expose à tous les inconvénients de l'ouverture de la poche, sans en avoir les avantages, aussi est-il justement abandonné.

5° *Incision de la poche à ciel ouvert.* — A cause du voisinage des articulations et des gaines, ce procédé avait été délaissé à juste titre. Avec les progrès réalisés par la méthode antiseptique, les accidents ne sont plus à craindre : On peut bien inciser, même extirper un ganglion, puisque l'on ouvre sans inconvénient une articulation. Lors donc que l'écrasement et l'excision sous-cutanée auront échoué, ce sera là une ressource précieuse.

§ 2. — Tumeurs solides des gaines tendineuses

On trouve quelques observations de tumeurs solides des gaines tendineuses éparses dans la science ; sous l'inspiration de VERNEUIL, DE PEDZER a essayé de les réunir dans sa thèse (1880).

L'étude de ces cas, dont plusieurs sont malheureusement très imparfaitement rapportés, permet d'établir qu'il existe, outre les productions fongueuses, deux autres variétés de tumeurs des gaines synoviales : 1° des tumeurs fibroplastiques (sarcomes) ; 2° des tumeurs fibreuses.

Ces lésions ont été souvent confondues avec des productions fongueuses. Dans la majorité des circonstances elles sont superficielles, présentent un début insidieux, un développement lent, mais incessant. Les tissus voisins sont envahis peu à peu, et les articulations ouvertes. Les ganglions restent d'habitude indemnes et la généralisation n'a été observée qu'une fois.

Le pronostic de semblables lésions est grave, l'intervention chirurgicale absolument nécessaire : il faut enlever la tumeur, réséquer les tendons, même enlever le membre.