

Il faut quelquefois chercher l'origine articulaire de ces tumeurs avec grand soin et à une distance assez éloignée du kyste principal. Le fait suivant, que Verneuil (1) a communiqué à la Société anatomique, est d'un grand enseignement à cet égard. Il a disséqué avec l'habileté qu'on lui connaît un kyste synovial du poignet, dont l'extrémité pointue, effilée, était couchée le long de l'artère radiale à 3 centimètres au-dessus de l'articulation. De là le kyste descendait jusqu'au poignet en suivant le vaisseau, passait avec lui au-dessous des tendons des muscles abducteurs et extenseurs du pouce où il se trouvait situé entre l'artère et le tendon du premier radial externe. Là il se contournait pour passer sous le tendon du premier radial, puis sous le tendon du deuxième, et enfin aller adhérer à la partie postérieure de l'articulation, où il paraissait avoir eu son point de départ. Ce long kyste était dilaté de distance en distance à cause des étranglements qui étaient en rapport avec les points où les muscles adhéraient.

ÉTIOLOGIE. — Il est impossible, en dehors de ces données anatomiques, de préciser les causes de ces kystes synoviaux. On remarque que ces tumeurs apparaissent surtout à la puberté, lorsque les jeunes gens commencent à se livrer à de violents exercices manuels, et que les femmes y sont plus souvent exposées que les hommes. Le tempérament lymphatique et la constitution goutteuse prédisposent, dit-on, à cette maladie, mais rien n'établit une semblable proposition.

On range parmi les causes occasionnelles les violences extérieures, les entorses des articulations, mais cela n'est pas tout à fait prouvé.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces kystes synoviaux débutent en général par un soulèvement profond, mal limité, au pourtour d'une articulation; il est plus rare de voir la tumeur apparaître brusquement avec les caractères qu'on lui trouvera plus tard, et quand cette apparition rapide a lieu, elle coïncide alors avec un effort violent qui a fait franchir à l'un de ces kystes une éraillure aponévrotique.

Lorsque le kyste synovial est développé, il se montre sous la forme d'une masse arrondie, globuleuse, un peu mobile sous la peau, de consistance dure, fluctuante, et il ne disparaît point par la pression.

Cette tumeur, grosse au début comme une aveline, augmente de volume, devient de plus en plus tendue, sans causer de douleur, et ne se traduit que par la difformité et la gêne dans certains mouvements. Ainsi le *ganglion* à la face dorsale du poignet empêche les femmes qui en sont atteintes de coudre. Puis, après avoir acquis un certain volume, quelques-unes de ces tumeurs diminuent peu à peu et guérissent spontanément; d'autres, mais bien plus rarement, finissent, en grossissant, par amincir la peau et l'ulcérer. La suppuration envahissant le kyste, la guérison peut encore être obtenue, s'il ne survient pas de graves accidents du côté des articulations.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1859, p. 319.

DIAGNOSTIC. — On a pu confondre le *ganglion* avec un certain nombre de tumeurs synoviales qui se développent au voisinage d'une articulation. Ainsi on a pu prendre pour un kyste folliculaire synovial une poche formée par une *hernie de la synoviale* à la suite d'une hydarthrose; mais ce faux ganglion, moins régulièrement circonscrit, se réduit avec grande facilité, tandis que le kyste folliculaire de la synoviale conserve sa forme arrondie et ne diminue pas par la pression.

L'épanchement séreux des *gaines tendineuses* ne peut pas, avec quelque attention, être pris pour un kyste folliculaire. La position spéciale de la tumeur, sa forme allongée, l'étendue de la fluctuation, quelquefois un certain bruit de crépitation, suffiront le plus souvent à faire reconnaître le siège et la nature de l'épanchement.

Il serait assez difficile de confondre les kystes synoviaux folliculaires avec des *lipomes* ou des *cancers*. Dans les cas douteux il faudrait avoir recours à une ponction exploratrice.

Michon cite dans sa thèse (1) une observation où un kyste synovial du poignet a été pris pour un *anévrisme*; mais ce fait curieux prouve moins la possibilité de cette erreur que le défaut d'attention du chirurgien.

PRONOSTIC. — Le kyste synovial n'est point en général une affection sérieuse. Abandonné à lui-même, il peut grossir, gêner les mouvements, mais il n'altère pas la constitution générale de l'individu. Cependant le volume que le ganglion atteint quelquefois oblige à pratiquer des opérations qui ne sont pas sans gravité; en effet, ces tumeurs, sorte d'appendice des synoviales, peuvent, en s'enflammant par une opération, propager une phlegmasie à la cavité articulaire.

TRAITEMENT. — Il ne faut pas compter sur l'action des moyens internes pour guérir le ganglion, qu'on doit attaquer: 1° par des topiques, 2° par des opérations chirurgicales.

1° Le sachet de plâtre, la solution concentrée de sel marin, les douches, les bains sulfureux, sont des moyens tout à fait sans action pour arriver à faire disparaître le *ganglion*, et ils doivent être abandonnés. D'autres topiques ont un effet plus énergique; ce sont quelques pommades excitantes, la teinture d'iode, les vésicatoires; mais les guérisons qui leur sont dues sont trop rares pour qu'on perde du temps à mettre ces moyens en usage. Nélaton a obtenu quelques bons résultats de l'application de l'alcool pur à la surface de la tumeur, mais ce moyen échoue encore dans un assez bon nombre de cas.

2° Le deuxième ordre de moyens comprend: 1° des procédés dans lesquels on respecte la peau; 2° d'autres dans lesquels on y pratique une ouverture.

1° Les principaux procédés dans lesquels on n'entame pas les téguments sont la *compression*, les *frottements répétés*, l'*écrasement*.

La *compression* est un moyen vulgaire, et que les gens du peuple em-

(1) *Loc. cit.*, page 196.

plioient en serrant fortement sur la tumeur une pièce de monnaie; mais ce moyen employé seul est le plus souvent insuffisant.

Les *frottements répétés* de la tumeur semblent ramollir le kyste en l'enflammant légèrement, et l'écrasement s'opère alors avec plus de facilité, mais le frottement simple ne conduit pas à un bon résultat.

L'*écrasement* est, de tous les moyens proposés contre le *ganglion*, celui par lequel on doit débiter de préférence. Il ne peut être question d'écraser brutalement la tumeur par un coup de poing ou de maillet, ni même avec un étau; on agit d'une façon à la fois plus sûre et plus intelligente en écrasant le kyste avec les deux pouces et au besoin avec un fort cachet. Par l'écrasement le kyste se rompt, son contenu se répand dans le tissu cellulaire voisin et se résorbe, tandis que les parois de la poche se rapprochent, adhèrent ensemble et ferment ainsi la cavité morbide. Pour obtenir de l'écrasement le meilleur effet possible, il faut y joindre pendant quelques jours une compression légère avec une bande et quelques rondelles d'amadou. C'est à cette dernière précaution que j'attribue la guérison définitive d'un certain nombre de kystes synoviaux folliculaires qui avaient déjà été traités une première fois sans succès par l'écrasement. La sûreté et la facilité de ce moyen, sa grande innocuité, lui assignent le premier rang parmi tous les procédés proposés pour guérir le ganglion sans l'emploi de l'instrument tranchant.

2° Les moyens de guérir le ganglion en attaquant la peau qui le recouvre sont très-nombreux. On peut en effet employer : *a. la ponction directe* et la *ponction sous-cutanée*, *b. l'incision sous-cutanée simple* ou *multiple*, *c. les injections irritantes*, *d. le séton*, *e. la cautérisation*, *f. l'incision directe*, *g. l'excision*, *h. l'extirpation*.

*a. La ponction directe* n'a pour but que de vider facilement le kyste; et pour cela on ponctionne la base de la poche, mais la *ponction sous-cutanée* met de plus à l'abri du contact de l'air. Déjà conseillé par Lèveillé (1) et par Boyer, ce dernier moyen est préférable à l'autre. Après avoir fait à la base d'un pli cutané une ponction étroite dans le kyste, on presse sur la tumeur et l'on en fait sortir le plus de matière possible. En joignant aux ponctions directes ou sous-cutanées une compression légère, on obtient quelquefois d'assez bons résultats, mais il faut dire que la récurrence est encore assez fréquente.

*b. L'incision sous-cutanée simple* ou *multiple* a réalisé un progrès dans la thérapeutique du ganglion, et c'est une méthode utile à mettre en pratique lorsque l'écrasement n'a pas réussi : le chirurgien plonge à quelque distance de la tumeur, sous la peau rapprochée à l'aide d'un pli, un petit couteau à lame très-fine; il fait ensuite passer cet instrument sous la tumeur, relève le tranchant en haut, et, en le retirant, divise le kyste en deux moitiés. Depuis que Barthélemy (2) a indiqué le moyen de prati-

(1) *Nouv. doct. chirurg.*, 1812, t. III, p. 7.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1838.

quer méthodiquement ces incisions, d'autres procédés analogues ont vu le jour. Ainsi Malgaigne en a indiqué un qui permet de diviser sous la peau le kyste en quatre parties. On peut en même temps expulser le liquide du *ganglion*, et, cette synovie évacuée, on comprime légèrement la poche morbide.

*c. Les injections iodées* ont aussi été appliquées par Velpeau à la guérison de ces kystes; mais si le liquide est trop épais, la teinture d'iode n'a que médiocrement prise sur les parois du kyste, qu'il faut, dans ce cas, avoir soin de laver par quelques injections d'eau tiède avant de faire l'injection iodée; si la tumeur est trop étroite ou trop profondément située, l'injection ne convient plus guère.

*d. Le séton* composé d'une mèche effilée ou de fils qui se croisent dans la tumeur a aussi été employé dans le traitement du *ganglion*, mais ce moyen est abandonné aujourd'hui par la plupart des chirurgiens, quoiqu'il ait été vanté par Espezel (1). Les cinq observations que rapporte ce confrère servent à montrer qu'après l'application du séton, il s'est développé de graves accidents qu'on a dû conjurer. En résumé, c'est un mode de traitement qui reste insuffisant, ou développe une inflammation trop vive, et partant très-dangereuse.

Dans tous les moyens que nous venons de passer en revue, le kyste n'est ouvert que par une très-petite ponction évacuatrice; mais dans ceux que nous allons décrire, on le met largement en contact avec l'air ambiant, et l'on veut déterminer une inflammation suppurative.

*e. La cautérisation*, déjà employée à diverses époques, peut causer dans les cas les plus heureux une cicatrice vicieuse qui nuit beaucoup aux mouvements de la partie. Payan (2), qui l'a surtout conseillée, applique sur le ganglion la pâte de Vienne sous forme d'une couche étroite elliptique; au bout de quelques jours l'eschare se détache, le ganglion se vide, et le kyste s'exfolie, dit-il, sans accident. Mais c'est en tout cas un moyen dangereux.

*f. L'incision* a pour but d'évacuer largement le liquide contenu et de faire suppurer l'intérieur du kyste, qu'on remplit à cet effet de bourdonnets de charpie. C'est un procédé qui peut être suivi d'une réaction grave et de la mort même; il faut donc réserver l'incision aux kystes à parois épaisses, lorsque d'autres moyens ont déjà été employés et que le mal produit des accidents sérieux.

*g. A l'incision simple*, on peut joindre une *excision partielle*; quant à l'*extirpation complète*, c'est une opération hérissée des plus grands dangers, surtout par ses suites. Il suffit de se rappeler les rapports du *ganglion* avec les jointures et les gaines tendineuses, pour être effrayé des inflammations graves qui peuvent surgir dans ce cas.

De ce long exposé, il résulte : 1° que les topiques ont peu d'action sur le

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXIV, p. 275.

(2) *Ibid.*, p. 418.

ganglion; 2° que l'écrasement simple ou précédé d'une légère piqûre, uni à la compression, est le moyen qu'on doit employer d'abord, parce qu'il réussit assez souvent; 3° qu'à son défaut, il faut user, soit d'injections iodées, soit d'incisions sous-cutanées; enfin 4° qu'après avoir vu échouer tous ces moyens, il faudrait, s'il existait une gêne trop grande dans la partie, recourir à l'incision simple.

5° Lésions traumatiques des synoviales tendineuses.

Les bourses synoviales tendineuses peuvent recevoir des contusions et des plaies qui donnent lieu à différents accidents inflammatoires.

a. Les **plaies** par un instrument piquant n'ont aucun caractère particulier; celles par instruments tranchants et contondants méritent au contraire de fixer toute l'attention du chirurgien.

On les reconnaît à l'écoulement d'un liquide onctueux qui cesse peu à peu de sortir au bout de trente à quarante heures. Dans les cas les plus heureux, la plaie se cicatrise, et il ne se manifeste aucun des phénomènes qu'on doit redouter. Mais très-souvent, lorsque le liquide séreux cesse de couler, du pus se montre, et une inflammation purulente envahit la gaine blessée et quelquefois les gaines voisines. On se trouve alors devant les accidents les plus redoutables du phlegmon diffus. Si la suppuration s'arrête, la guérison n'est le plus souvent obtenue qu'au prix d'une adhérence du tendon à sa gaine et d'une impossibilité de mouvoir la partie à laquelle se rend ce tendon.

b. **Contusion.** — Il est rare d'observer une contusion limitée aux seules gaines tendineuses; cependant cet accident s'observe quelquefois à la suite de coups portés sur la partie inférieure du bord externe de l'avant-bras. Le plus souvent les contusions des gaines tendineuses se rencontrent avec d'autres lésions plus graves des os et des muscles, et sont masquées par elles. Quand on a pu rencontrer quelques contusions limitées aux gaines assez superficielles des muscles extenseurs de la main, on a vu se former rapidement une tumeur de forme allongée suivant la direction du tendon, bientôt indolente, ne disparaissant que lentement, quand il ne s'y développe pas des phénomènes inflammatoires.

Si la contusion, au lieu d'être rapide et violente, est peu intense, mais lentement continue, il survient des accidents d'une autre nature. Le malade accuse du gonflement et de la douleur qui, s'éteignant peu à peu, fait place à une gêne assez marquée et à une roideur telle que le blessé ne peut plus faire usage de son membre.

**TRAITEMENT.** — Dans les blessures où l'on soupçonne qu'une gaine tendineuse a été atteinte, il faut recommander le repos absolu de tout le membre. S'il y a plaie, on fera tous ses efforts pour obtenir une réunion immédiate, en ayant soin d'enlever les points de suture aussitôt qu'on croira faite l'agglutination des parties. Dans les cas où il n'existe point en

même temps de contusion trop forte, on peut espérer une guérison prompte. Si la réunion immédiate manque, il faut recouvrir la partie blessée avec des cataplasmes émollients, ou la soumettre à l'irrigation continue quand la réaction inflammatoire est trop vive.

Mais les émollients et l'irrigation continue ne suffisent pas toujours à arrêter la propagation de la phlegmasie suppurative. C'est alors que de larges incisions sont indiquées et peuvent sauver la partie malade d'une désorganisation plus complète.

Il est rare que les contusions ou les plaies des gaines tendineuses guérissent sans laisser quelque gêne, sinon une impossibilité absolue de mouvoir les parties auxquelles se rendent les tendons. C'est dans l'emploi combiné de bains prolongés, de mouvements méthodiques, de douches de vapeur, que le malade trouvera quelque soulagement à son mal.

## CHAPITRE V.

### MALADIES DES MUSCLES ET DES TENDONS.

Nous étudierons dans deux sections distinctes de ce chapitre les maladies des muscles et celles des tendons, rapprochant ainsi des lésions qui ont souvent une même cause.

#### SECTION PREMIÈRE.

##### MALADIES DES MUSCLES.

Les affections propres au tissu musculaire ne sont pas très-communes, et de là vient que sur beaucoup de points elles ne sont pas bien étudiées. Nous nous bornerons à des indications très-sommaires sur les moins fréquentes de ces lésions, et nous donnerons plus de développement à l'histoire des autres.

On peut diviser comme il suit l'étude des altérations physiques ou fonctionnelles du tissu musculaire : 1° *inflammation des muscles* ou *myosite*; 2° *pseudoplasmes* et *entozoaires des muscles*; 3° *troubles fonctionnels des muscles* (paralysies et contractures musculaires); 4° *lésions traumatiques des muscles*.

#### ARTICLE PREMIER.

##### DE L'INFLAMMATION DES MUSCLES.

Le tissu musculaire est de tous les tissus du corps un des moins prompts à s'enflammer. Cependant on connaît aujourd'hui assez bien le travail phlegmasique qui se produit dans les muscles, soit spontanément, soit à la suite de traumatisme, et l'on donne le nom de *myosite* à cette inflammation.