

arrivé au but beaucoup plus rapidement, à l'aide de la compression. Sur le tendon tuméfié et douloureux on applique une compresse, et l'on enveloppe fortement l'avant-bras et la main d'une bande de flanelle. La main doit être soutenue au moyen d'une écharpe ou placée dans une position élevée. En général, la douleur ne tarde pas à se calmer. Un moyen vanté pour sa prompte efficacité, c'est le massage, c'est-à-dire des frictions énergiques exercées avec le pouce sur la gaine enflammée, et dirigées de la périphérie au centre.

Une affection bien plus sérieuse est l'**hygroma des gaines tendineuses** (hydrops tendovaginalis), que l'on observe assez fréquemment dans le grand sac séreux des tendons fléchisseurs ; parmi ces derniers ce sont les longs tendons du pouce qui en sont le plus souvent le siège. Parfois l'hygroma s'étend dans la gaine tendineuse de l'un ou l'autre doigt, ou remonte au-dessus de la région du poignet jusque dans la musculature de l'avant-bras.

Dans cette affection, il est rare que l'on ait affaire à une simple hydropisie de la gaine tendineuse. En général, le liquide n'existe qu'en très petite quantité, ou seulement au début de l'hygroma, lorsque ce dernier s'est développé rapidement ; par contre, ce qui forme le contenu principal de la tumeur, ce sont certains corps particuliers, en partie libres, en partie adhérents à la paroi du sac ou insérés sur les tendons, dont les fibres se sont plus ou moins désagrégées, nous voulons parler des grains riziformes (*corpuscula oryzoidea*). Ces corpuscules ne doivent être sans doute considérés que pour une faible part comme de véritables néoplasies, comme des productions pathologiques dues à une hyperplasie des villosités de la paroi du sac séreux (VIRCHOW), bien que l'on rencontre indubitablement des cas de ce genre, et que parfois l'on observe dans les gaines tendineuses des grains cartilagineux dont le mode de formation est analogue à celui des corps étrangers intra-articulaires. Dans un nombre de cas probablement assez considérable, les corps libres tout au moins, ne sont autres que des produits de coagulation de l'albumine. Cette opinion a été émise pour la première fois par MECKEL et confirmée dernièrement par plusieurs observations de LUECKE ; enfin, en dernier lieu, VOLKMANN a fourni en faveur de cette manière de voir des preuves qui entraînent la conviction. Les corpuscules examinés par ces auteurs, n'étaient pas organisés, mais granuleux et formés à leur surface de couches superposées, tandis qu'au centre on trouve assez souvent de petites cavités remplies de liquide. Les corpuscules adhérents offrent, en général, à la surface les mêmes caractères, c'est-à-dire que ce sont aussi des concrétions stratifiées ; mais dans leur intérieur pénètre assez souvent un prolongement de tissu conjonctif en forme de villosité, provenant de la paroi du sac ou du tendon dissocié. Ce phénomène de dissociation des fibres du tendon a été parfaitement observé par VOLKMANN, qui le considère comme ayant une très grande analogie avec le processus de l'arthrite déformante.

Plus nous opérons des hygromas de ce genre, et plus nous pouvons nous convaincre par un examen minutieux qu'il s'agit d'une affection

tuberculeuse de la gaine tendineuse. La maladie en question offre en effet des analogies extrêmement nombreuses avec l'affection que nous avons décrite sous le nom d'hydarthrose tuberculeuse¹. Toutes les formes que nous avons alors signalées, s'observent ici également. Tantôt il s'agit d'un épanchement séreux considérable avec peu de fibrine, et avec une tuberculose diffuse de la membrane synoviale, tantôt on rencontre d'une façon prédominante des grains riziformes ou des végétations en forme de villosités, qui se sont développées sur le sac séreux, et sont le point de départ direct des tumeurs que nous ferons connaître plus loin. De fait cette forme particulière d'exsudat albumineux qui se coagule et peut s'organiser, est caractéristique pour la tuberculose. Dans les villosités en voie d'organisation on constate aussi, en général, la présence de tubercules.

Nous avons déjà dit plus haut que cette affection siège le plus souvent dans les sacs séreux des tendons fléchisseurs, au niveau de l'articulation du poignet, ainsi qu'au-dessus et au-dessous de cette dernière. Le ligament annulaire antérieur du carpe divise la tumeur en deux parties dont chacune peut atteindre le volume d'un œuf de poule (forme en bis-sac). LUECKE fait provenir les kystes du poignet de la gaine du fléchisseur profond ; d'après lui la tumeur se présenterait avec des caractères différents suivant que le kyste reste logé sous l'aponévrose palmaire ou qu'il fait saillie çà et là à travers les lacunes de cette dernière, de façon à former dans la main un nombre variable de bosselures. C'est surtout la partie de la tumeur appartenant à l'index qui, presque toujours, ferait saillie isolément ou pénétrerait sous les muscles de l'éminence thénar. Le plus souvent on peut faire refluer le contenu de la tumeur de l'avant-bras vers la main et dans la direction opposée, et l'on perçoit alors une sensation particulière de crépitation due au frottement des corps libres les uns contre les autres. Les troisièmes phalanges des doigts ne peuvent plus se porter dans l'extension, et, d'autre part, la force des fléchisseurs se trouve diminuée ; la main perd ainsi une partie de son aptitude fonctionnelle. Parfois aussi on observe des troubles nerveux dus à la compression des nerfs (médian) par la tumeur. Dans nombre de cas les gaines tendineuses de l'un ou l'autre doigt forment des kystes à part, mais en communication avec le grand sac séreux des fléchisseurs.

Les auteurs ne sont pas parfaitement d'accord sur le véritable siège de cette affection. Des chirurgiens français (GOSSELIN, MICHON), se basant sur des recherches anatomiques, prétendent que les tendons qui passent sous le ligament annulaire antérieur du carpe, s'accompagnent toujours de plusieurs sacs séreux. Ils distinguent deux sacs principaux, l'un externe ou radial pour le tendon du long fléchisseur du pouce, et l'autre interne ou cubital pour les fléchisseurs des quatrième et cinquième doigts. Les tendons de l'index et du mé-

1. Voir le travail de l'auteur sur la *tuberculose des os et des articulations*, traduit de l'allemand par le Dr LIEBRECHT, 1885.

dius situés entre ces deux sacs séreux, ne posséderaient pas de gaine synoviale propre. L'hygroma siègerait le plus souvent dans le sac cubital; les suppurations de ce dernier ont pour conséquence une raideur des quatrième et cinquième doigts. Les gaines du pouce et du cinquième doigt communiquent toujours, paraît-il, avec les sacs séreux de la main, tandis que les autres doigts ont des gaines indépendantes (Voir VOLKMANN dans le Traité de PITHA-BILLROTH).

Dans un cas opéré par nous, la tuméfaction était survenue rapidement à la suite d'efforts de la main, chez un individu dont le travail consistait à casser des pierres.

Une partie des cas d'hygroma sont, du moins en apparence, d'origine traumatique. D'autres sont dus, sans doute, à des causes analogues à celles qui produisent l'arthrite déformante. FOURNIER a décrit des cas d'épanchement se produisant dans les gaines tendineuses à la période d'invasion de la syphilis secondaire, pour disparaître à la suite d'un traitement antisiphilitique. Pour ma part, je ne sais si vraiment l'hygroma chronique reconnaît parfois des causes de ce genre. Par contre, ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous admettons la nature tuberculeuse de cette affection dans la grande majorité des cas.

L'hydropisie simple des gaines tendineuses est justiciable d'un traitement analogue à celui de l'hygroma des bourses séreuses. On essaie l'application de substances irritantes, telles que la teinture d'iode, et l'on a recours en même temps à la compression. Mais on comprend facilement que l'on ne peut songer à une guérison sans évacuation du contenu de la tumeur, lorsque ce dernier consiste en grains riziformes ou en corpuscules organisés adhérents aux parois du sac. Dans ces cas, la ponction simple n'est d'aucune utilité, et il en est de même de la ponction suivie d'injection iodée. On a essayé assez souvent d'évacuer les corps libres au moyen d'un gros trocart, mais on comprend que ce mode de traitement ne puisse donner également qu'un résultat douteux.

Evidemment le traitement dans ces cas doit consister avant tout dans l'évacuation des grains riziformes libres ou adhérents, et ce but ne peut être atteint que par l'incision du sac. C'est, en effet, à cette opération que l'on a eu recours bien souvent; tantôt on s'est contenté d'une petite incision, tantôt on a ouvert la tumeur en deux endroits différents, tantôt enfin on a divisé largement le sac dans toute son étendue (SYME, P. WATSON). Cette opération avait autrefois l'inconvénient d'être suivie parfois de symptômes d'une extrême violence dus à une tendovaginite suppurée, laquelle compromettait les fonctions de la main et mettait même en péril la vie de l'opéré. Actuellement le danger de cette intervention chirurgicale a pour ainsi dire, complètement disparu, grâce au procédé qui consiste à ouvrir le sac avec des précautions antiseptiques rigoureuses, procédé qui a été mis en pratique, tout d'abord, par LUECKE, VOLKMANN et un certain nombre d'autres chirurgiens.

VOLKMANN, fait avec les précautions antiseptiques, deux incisions, l'une à la paume de la main et l'autre à l'avant-bras, longue chacune d'environ 2 à 3 centimètres. Par ces incisions il évacue les corps libres et adhérents, ces derniers au moyen d'un tube à drainage épais qu'il tend fortement en le saisissant par les deux bouts, et auquel il imprime un mouvement de va-et-vient, de façon à exercer un frottement contre la paroi interne de la poche; puis il introduit dans chaque incision un petit bout de drain, et applique un pansement antiseptique. La suppuration reste claire, séreuse, et la guérison s'opère en quelques semaines avec conservation des fonctions de la main. On fera aussi très bien de saupoudrer d'iodoforme la face interne du sac; la sécrétion est alors presque nulle.

Outre l'hygroma on observe également au niveau de la bourse séreuse des fléchisseurs, des inflammations chroniques qui tantôt ressemblent à la *synovite fongueuse*, tantôt présentent plutôt les *caractères d'une tumeur*, et dont la *nature tuberculeuse* a été reconnue par tous les chirurgiens. Ces granulomes se développent dans toute l'étendue de la gaine tendineuse. Au point de vue fonctionnel ils produisent les mêmes symptômes que l'hygroma, et vu l'élasticité qu'ils présentent à la palpation, et qui se rapproche beaucoup de la fluctuation, il est difficile de les distinguer de l'affection que nous avons décrite en premier lieu, d'autant plus qu'il n'est pas rare d'y rencontrer également des corps riziformes. Nous avons opéré plusieurs cas de ce genre par l'incision du sac. Le tissu de nouvelle formation était soudé sur un point à la gaine tendineuse commune et s'étendait librement dans les différents prolongements de cette dernière. Au point de vue histologique, il s'agissait d'un tissu de granulation assez dense, parsemé de nombreux tubercules. Les cas opérés par nous ont été suivis de récurrence. Chez un malade, cependant, j'obtins une guérison définitive, à la suite de l'opération dans laquelle j'avais enlevé une tumeur ayant au moins le volume d'un œuf de pigeon, tumeur qui était insérée sur la paroi du sac affectée de tuberculose diffuse, et consistait en un tissu conjonctif jeune, riche en vaisseaux et parsemé de nombreux tubercules.

§ 100. — Dans le voisinage de l'articulation radio-carpienne, et particulièrement sur le dos de la main, on observe souvent de petites tumeurs dures, que les chirurgiens ont désignées sous le nom de **ganglions**, et que le public considère comme étant de nature osseuse, à cause de leur consistance dure et de leurs rapports avec l'os sous-jacent. Ils dépassent rarement le volume d'une cerise; ils ont une forme régulièrement arrondie ou lobée, une consistance dure, sont plus ou moins mobiles et ont un contenu épais, gélatineux; presque toujours ils sont situés dans le voisinage d'un tendon. Il est rare qu'ils déterminent des troubles fonctionnels notables, et en général, c'est pour des raisons d'esthétique que le malade désire l'ablation de la tumeur. Rarement on les voit se développer rapidement, à la suite d'une contusion ou distorsion