

tique des ponctions, même capillaires, dans ces tumeurs, on y déchire des vaisseaux qui donnent lieu à des infiltrations sanguines. Aussi n'est-il pas rare, dans l'examen anatomique de ces pièces, de rencontrer de petits épanchements sanguins à divers degrés d'évolution rétrograde ou des amas d'hématine.

La peau qui recouvre ces tumeurs est très-souvent saine; on la trouve quelquefois ulcérée, soit spontanément, soit à la suite d'opérations, et l'on voit alors sortir à travers ces ouvertures de la peau des végétations mollasses, lisses ou grenues, à grisâtres, un peu plus loin violacées ou rouges, qui ne gardent pas l'impression du doigt, et qu'on a pu prendre pour des champignons cancéreux.

La structure des tendons n'est pas ordinairement altérée, mais ils sont souvent solidement englobés dans le tissu morbide. L'observation déjà citée de Deville fournit l'occasion de bien étudier la plupart des rapports de la tumeur avec les tendons. Il s'agit ici d'une synovite chronique des gaines tendineuses de la face palmaire de la main. Dans quelques points le tissu morbide adhère intimement à la substance des tendons; dans un autre endroit, les fongosités ne tenaient pas au tendon du fléchisseur superficiel de l'annulaire, suivant une grande partie de sa hauteur. Il y avait entre elles et ce tendon une cavité un peu poisseuse qui contenait de petits corps riziformes. Le tendon du fléchisseur superficiel du médus passait entre les deux lobes de la tumeur; et il y avait là une sorte de bourse séreuse dans un tissu cellulaire lâche. Enfin le tendon fléchisseur du petit doigt, refoulé par la tumeur interne, allait se perdre, en s'amincissant, à moitié de la hauteur de la paume de la main dans l'aponévrose. C'était le seul tendon qui n'eût pas conservé sa structure et son volume.

Les muscles voisins sont à l'état normal, mais seulement plus ou moins refoulés, déplacés: ils peuvent subir à la longue une atrophie progressive par défaut d'action physiologique ou par la compression de la tumeur.

Les nerfs n'offrent aucune altération; il n'en est pas de même des aponévroses, qui, quelquefois saines, sont, par suite de leur distension, souvent amincies, éraillées, ou même absorbées en grande partie.

Les os en rapport avec les fongosités sont fréquemment le siège d'une inflammation plus ou moins étendue et profonde, soit primitive, soit secondaire.

Ces lésions ne s'observent pas toujours sur une seule gaine tendineuse, mais plusieurs de ces synoviales sont quelquefois atteintes en même temps. Dans l'observation VI de la thèse de Bidart, les tendons du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils étaient englobés dans une même masse solide. La coulisse synoviale du tendon du fléchisseur propre du gros orteil était épaissie, opaque et un peu granuleuse.

Les fongosités des gaines synoviales tendineuses se continuent quelquefois avec des fongosités articulaires; dans ce cas la synovite tendi-

neuse a pu précéder l'arthrite, ou bien elle n'a été qu'une affection secondaire. Verneuil a montré à la Société de chirurgie, en 1856, une pièce où la synovite tendineuse avait été le premier phénomène de la tumeur blanche, et maintenant que l'attention est appelée sur cette espèce de synovite chronique, des faits analogues seront sans doute mieux appréciés par les observateurs.

Quand on examine au microscope un fragment du tissu fongueux de la synovite chronique, on trouve qu'il est constitué par des fibres de tissu cellulaire, des noyaux fibro-plastiques, des corps fusiformes et une quantité variable de matière amorphe parsemée de fines granulations moléculaires, enfin par des gouttes de graisse et des vésicules graisseuses.

Les proportions différentes de ces éléments expliquent très-bien l'aspect variable de ces fongosités des synoviales tendineuses. Ainsi là où les éléments fibro-plastiques prédominent, le fongus a une mollesse qu'on ne voit guère là où abondent les fibres de tissu cellulaire. La présence des granulations graisseuses contribue à donner à la fongosité une coloration jaunâtre qu'efface parfois le développement exagéré des vaisseaux sanguins.

SYMPTOMATOLOGIE. — Cette affection débute avec lenteur, d'une façon insidieuse, et les malades n'accusent d'abord que de l'empâtement profond et une certaine gêne dans les mouvements. Lorsque les lésions sont bien confirmées, on trouve dans la région malade une tuméfaction assez régulière, nettement limitée, dont la forme varie d'ailleurs suivant la synoviale tendineuse affectée. Ainsi, quand la maladie s'est développée dans la synoviale du tendon fléchisseur d'un doigt, elle prend la forme allongée de cette synoviale.

La régularité de la forme peut être modifiée cependant par la plus ou moins grande résistance des tissus voisins. Quand la synovite tendineuse chronique existe à la paume de la main, par exemple, elle peut prendre une forme en bissac par la résistance du ligament annulaire antérieur du carpe. Ce ligament et l'aponévrose palmaire donnent alors à la tumeur la forme bilobée. La résistance inégale de la peau ou de la paroi propre des gaines peut aussi, au début du mal, imprimer des sillons sur la tumeur. Ainsi on voit quelquefois, dans la synovite chronique des gaines tendineuses des fléchisseurs des doigts, des sillons produits au niveau des plis palmaires par une adhérence plus grande de la peau aux tissus sous-jacents et par une résistance plus marquée de la paroi, qui ne se laisse pas distendre là comme ailleurs.

Le prolongement des masses fongueuses suivant la direction des espaces cellulaires lâches explique bien encore les formes variées de ces tumeurs. Ainsi, quand il existe une synovite chronique dans la gaine des péroniers latéraux, il n'est pas rare de voir les fongosités s'engager entre le tendon d'Achille et la couche musculaire profonde, et atteindre la malléole du côté opposé.

Ces tumeurs jouissent d'une mobilité transversale assez complète, et

d'autant plus grande que la synoviale est située moins profondément; mais dans le sens longitudinal la mobilité est très-difficile ou même impossible à percevoir. Cette mobilité dans le sens de la longueur du tendon n'est sentie par le chirurgien que pendant la contraction des muscles, lorsque la main est appuyée sur la tumeur.

La consistance de ces fongosités est à travers la peau très-variable. Elles sont parfois élastiques et dures; dans d'autres cas elles paraissent fluctuantes, et c'est alors que cette sensation donne lieu à des erreurs de diagnostic.

Mais ces tumeurs ont d'autre part un ensemble de signes négatifs dont il faut tenir compte: ainsi on n'y trouve ni mouvement d'expansion, ni battements, ni crépitation, ni transparence, et si l'on presse avec le doigt sur ces masses, on ne diminue pas leur volume.

Quand la tumeur a pris de l'accroissement, et surtout quand la lésion se prolonge du côté des muscles, le malade éprouve de la roideur, un engourdissement continu, et ses mouvements n'ont plus leur sûreté habituelle. Ces altérations de la motilité s'observent plutôt aux bras qu'aux membres inférieurs. Bidard a remarqué que la flexion et l'extension des doigts étaient incomplètes, que la synovite siègeât sur les extenseurs ou sur les fléchisseurs. Si la maladie existe aux membres inférieurs, on constate une incertitude et une fatigue marquées dans la marche. Quelquefois la roideur du membre se dissipe peu à peu par l'exercice musculaire.

Les malades souffrent rarement de douleurs spontanées, mais surtout de douleurs provoquées soit par des chutes ou des chocs. Quand la douleur est spontanée, elle revêt en général la forme intermittente, et dans la plupart des cas, c'est dans les synovites des membres supérieurs qu'on l'observe. On a aussi constaté une diminution dans la sensibilité et une atrophie plus ou moins étendue du membre malade.

Les fongosités tendineuses peuvent rester ainsi pendant un temps assez considérable sans que la peau subisse d'altérations. Mais au bout d'un temps indéterminé, cette peau devient luisante, violacée, s'amincit de plus en plus et s'ulcère. On voit alors surgir, à travers la perte de substance de la peau, des fongosités qui peuvent atteindre en quelques jours un volume considérable, mais dont le développement est souvent moins prompt.

Ces fongosités sont molles, d'un rouge vif, parsemées de points blanchâtres. Leur surface est lisse, homogène, un peu chagrinée ou lobulée. Elles offrent une mollesse très-remarquable, et sont insensibles, même lorsqu'on les coupe ou qu'on les cautérise; elles saignent facilement quand on les froisse; mais la perte de sang est ordinairement insignifiante. Cet écoulement sanguin est au contraire assez abondant lorsqu'on fait dans la tumeur une ponction exploratrice.

La synovite tendineuse chronique, abandonnée à elle-même, ne produit aucun retentissement sur la santé générale. On n'observe ni altération des grandes fonctions, ni amaigrissement, ni cachexie; il n'y a pas même d'engorgement ganglionnaire, que la tumeur soit ulcérée ou non.

La synovite tendineuse chronique, comme son nom l'indique, a une marche lente. On trouve dans les observations de Bidart des tumeurs qui duraient déjà depuis dix à douze ans. Elle est toutefois susceptible d'accroissement assez rapide sous l'influence d'excitations venues du dehors, de chocs par exemple.

Sa terminaison est rarement heureuse. Bidard se demande si cette maladie ne pourraient pas se terminer par une transformation, soit graisseuse, soit cartilagineuse, des fongosités. On a beaucoup parlé, dans ces dernières années, de certaines guérisons de pseudoplasmes par la transformation graisseuse de leurs éléments; mais il y a beaucoup à rabattre de ces prétendues cures spontanées, et nous ne savons rien de certain sur les métamorphoses des fongosités des synoviales tendineuses. Il est toutefois bon de rappeler à cet égard un fait communiqué par Broca (1) à la Société anatomique. C'est une transformation graisseuse des synoviales tendineuses de l'extenseur commun des doigts. A la face dorsale de la main, les synoviales étaient remplacées par de petites masses granuleuses ayant l'aspect frangé et se continuant avec le tissu cellulaire qui entourait les tendons. Serait-ce là un cas de guérison d'une synovite tendineuse chronique par transformation graisseuse? N'y aurait-il pas eu plutôt là une oblitération d'un kyste par développement de graisse à sa surface externe, comme cela s'observe dans l'oblitération de certains sacs herniaires? Ces questions ne peuvent pas être résolues par le petit nombre de renseignements qu'on possède sur ce point.

Si la synovite tendineuse chronique peut guérir, c'est au moins un fait des plus rares: Le plus souvent elle a une tendance irrésistible à faire des progrès, et conduit à des altérations graves des os et des articulations, à des ulcérations de la peau et à la perte des mouvements de la partie malade. Bidart cite dans sa thèse un fait de la pratique privée de Lenoir, dans lequel la mort serait arrivée par une *cachexie cancéreuse*; mais ce fait est trop dépourvu de détails pour avoir quelque valeur.

ÉTIOLOGIE. — C'est surtout dans la jeunesse, à l'époque de la vie où l'homme exerce les travaux les plus rudes, que cette affection a été observée. Bidart trouve, sur un relevé de 18 observations, 11 malades de dix-sept à trente ans, 4 désignés par les mots *jeune femme* et *jeune fille*, 3 autres ayant moins de quarante-cinq ans, 1 de cinquante-deux ans, malade depuis dix ans, et un dernier, malade depuis deux ans seulement.

Cette affection paraît plus fréquente chez l'homme que chez la femme; mais la constitution de l'individu n'a aucune influence sur son développement. Assez souvent on n'a pu trouver aucune cause occasionnelle de la maladie; mais dans d'autres cas on a constaté qu'elle était évidemment le résultat d'un traumatisme portant sur la séreuse, d'une entorse, d'une injection iodée ou du passage d'un séton dans un simple kyste séreux d'une synoviale tendineuse, enfin et surtout de l'ouverture

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 23.

d'une de ces membranes enflammées. Cette lésion succède donc quelquefois aux kystes séreux ou à grains riziformes.

Il est inutile d'insister sur la nature non cancéreuse de cette maladie. L'origine de cette affection, sa marche, la structure du tissu morbide, protestent contre son assimilation au cancer.

DIAGNOSTIC. — La synovite tendineuse chronique peut, avant comme après l'ulcération de la peau, être confondue avec certaines tumeurs qui se développent au voisinage des gaines synoviales; mais il faut dire tout de suite que dans la majorité des cas le diagnostic est assez facile.

Ainsi on pourrait confondre cette maladie avec un simple *kyste séreux* ou avec un *kyste à grains riziformes* dont la crépitation aurait disparu, mais une ponction capillaire lèverait tous les doutes. Dans le cas de kyste, elle donnera issue à un liquide séreux plus ou moins épais, et quelquefois à des grains riziformes, tandis que dans la synovite tendineuse il ne sortira que du sang. On trouve quelquefois alors dans la canule du trocart des fragments de tissu fibro-plastique, ce qui permet d'affirmer sûrement l'existence de la synovite tendineuse.

On peut dans quelques cas éprouver de la difficulté à distinguer les *fongosités articulaires* des fongosités des synoviales tendineuses. Cependant leur disposition générale n'est pas la même. Ainsi les végétations articulaires sont plus ou moins globuleuses, et disposées tout autour de l'articulation, tandis que les autres fongosités sont allongées et se prolongent plus ou moins loin le long des tendons. Dans la fongosité articulaire, la pression sur un point de l'articulation refoule les tissus au point opposé de l'article, tandis que dans la synovite tendineuse chronique ce refoulement n'amène pas de changement dans l'articulation.

Les *lipomes*, qui sont des tumeurs situées en général dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne peuvent guère être confondus avec la tuméfaction de la synovite tendineuse chronique. Cependant Bidard rappelle dans sa thèse deux cas de lipomes qui, par leur siège, l'un à la paume de la main, l'autre à l'extrémité inférieure de la jambe, pouvaient être pris pour la maladie que nous étudions.

Le *cancer*, qui se confond avec les tissus voisins de lui, qui marche rapidement et s'accompagne d'un engorgement des ganglions et de troubles généraux, ne peut pas non plus être confondu avec les fongosités des gaines tendineuses.

Lorsque la peau est ulcérée, les fongosités qui traversent l'ulcération pour venir s'étaler au dehors ont pu en imposer pour des champignons encéphaloïdes. L'aspect des deux sortes de fongosités est en effet souvent peu différent; mais on arrive à un diagnostic exact en tenant compte des antécédents de la tumeur, de sa longue évolution dans le fongus des synoviales, et de son rapide développement dans le cas de cancer. L'état de la peau saine, quoique décollée, autour du fongus synovial, infiltrée de cancer dans l'encéphaloïde, est encore un très-bon élément de diagnostic.

Enfin rien n'est plus facile que d'arriver à un diagnostic anatomique

exact en soumettant à un examen micrographique un petit lambeau de ces fongosités.

PRONOSTIC. — Cette synovite chronique est une affection grave, car sa marche est envahissante, et la guérison n'est guère obtenue que par une opération qui peut compromettre un membre et quelquefois même la vie des malades.

TRAITEMENT. — On a vainement essayé de guérir cette lésion par les résolutifs et les révulsifs. Il n'y a donc aucun espoir à fonder sur l'emploi de la *compression*, des *vésicatoires*, de la *cautérisation transcurrente*, etc. Si la peau est ulcérée et si le fongus proémine au dehors, on est tenté d'employer les caustiques. Michon a cité dans sa thèse deux succès par ce moyen, rendu aujourd'hui d'un emploi plus commode par la confection de pâtes caustiques sèches, qu'on peut tailler en pointes aiguës et enfoncer dans les tumeurs. Malgré cela, la cautérisation, dans la plupart des cas, est insuffisante, et ne permet pas de ménager les tendons perdus au milieu des fongosités.

Quand la disposition anatomique des parties permet d'enlever les fongosités des synoviales tendineuses, c'est à l'instrument tranchant qu'il faut avoir recours. On lira avec intérêt dans la thèse de Bidard une observation où cette opération a été très-habilement conduite par Lenoir. On devra, à l'exemple de ce chirurgien, pratiquer sur la peau une longue incision qui permettra de mettre la tumeur largement à nu. Les lèvres de l'incision fortement écartées, on procédera à la recherche et à la dissection des tendons, qu'on suivra un à un au milieu de la masse morbide; et dès qu'on se sera suffisamment garanti contre la section intempestive de ces tendons, on enlèvera toutes les fongosités. Il faut pendant l'opération lier les petites artères qui ont été ouvertes.

Il s'agit ici d'une dissection délicate, difficile, dans laquelle le chirurgien doit avoir toujours présents à l'esprit les rapports anatomiques des parties.

Cette extirpation n'est plus praticable dans les cas où les fongosités ont pris un très-grand développement, ou lorsqu'elles se compliquent de lésions osseuses ou articulaires. On est alors forcé, soit de se borner à l'expectation en protégeant la tumeur par un léger bandage compressif, soit d'avoir recours à l'amputation du membre. Bidart pense que l'amputation est encore indiquée dans le cas où la synovite tendineuse chronique existe au côté interne de l'articulation du cou-de-pied, parce qu'il y a grande difficulté à isoler la tumeur des vaisseaux et des nerfs tibiaux postérieurs. Mais cette difficulté, quelque grande qu'elle soit, ne me paraît point devoir dans tous les cas commander l'amputation.

3° Kystes séreux et à grains riziformes.

Il existe plusieurs formes de kystes des gaines tendineuses : les uns ne contiennent qu'une sérosité limpide ou trouble, les autres renferment

en outre des corpuscules d'une nature particulière dont l'évolution est aujourd'hui assez bien connue; mais le tableau de ces différentes collections séreuses peut être présenté dans un même article.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cette variété de tumeurs s'observe avec ses caractères les plus pathognomoniques à la face palmaire du poignet, de la main et des doigts. On en constate plus rarement des exemples au pied, à la jambe, dans la gaine des péroniers. Cruveilhier (1) a vu un de ces kystes en bissac à la région dorsale du tarse, et Goyrand (d'Aix) (2) en a décrit un situé à la partie postérieure externe de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai aussi observé un fait remarquable d'épanchement séreux dans la gaine des extenseurs communs des orteils, au-devant et un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. On cite, à titre exceptionnel, les faits d'hydropisie tendineuse à grains riziformes sur la face dorsale du poignet.

Nous allons successivement étudier ici : 1° la *paroi du kyste*, 2° la *sérosité contenue dans ce kyste*, et 3° les *grains riziformes* que ce liquide peut renfermer.

1° La paroi du kyste est formée d'un tissu fibroïde, disposé sur certains points en couches très-minces, et doué sur d'autres d'une plus grande épaisseur, qui est produite par un dépôt d'éléments plastiques dans l'interstice des éléments normaux. L'adhérence de la face externe de cette paroi avec les parties voisines est très-variable, et cela dépend de certaines conditions, telles que l'état ancien du mal et le degré des violences auxquelles le kyste a pu être soumis. Notons ici en passant qu'une bourse séreuse normale, appliquée contre des os ou des aponévroses, leur adhère plus intimement qu'une bourse sous-cutanée ne tient aux téguments. Aussi le kyste qui se forme aux dépens de la première bourse séreuse contractera une adhérence solide avec les parties contiguës. Ces adhérences des kystes avec les aponévroses contribuent à leur donner une certaine forme, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Beaucoup de kystes tendineux sont isolés de toutes parts, mais quelquefois ils communiquent avec des articulations voisines : ainsi, à la région poplitée, on a constaté une communication assez fréquente avec l'articulation du genou des kystes développés dans la synoviale du jumeau interne. Foucher, dans l'important travail qu'il a publié sur ce sujet, a vu des cas où la communication des kystes avec l'intérieur de l'article s'établissait par une fente qui pouvait atteindre l'étendue d'un centimètre. Dans un cas de ce genre, les lèvres de l'ouverture transversale étaient déchiquetées et taillées obliquement, de façon que la supérieure recouvrait l'inférieure, et, dans l'extension complète, la face postérieure du condyle, appliquée exactement sur la capsule, obturait hermétiquement l'orifice; dans la flexion, au contraire, la capsule, relâchée, quittait le condyle, et dès lors le liquide pouvait refluer dans la synoviale.

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 480.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 16 janvier 1834.

La face interne de la paroi du kyste est doublée d'un épithélium à cellules déformées, aplaties, et présente souvent une disposition qui jette une assez vive lumière sur certaines particularités de ces kystes.

Si, dans le cas de kystes purement séreux, cette face interne du kyste est lisse partout, la même disposition régulière ne se rencontre plus dans les tumeurs qui contiennent des grains riziformes. Là, on ne trouve pas une couche lisse d'épithélium, mais on découvre sur certains points une surface chagrinée, ou des groupes de franges plus ou moins allongées. Ces végétations, formées par un dépôt de matière amorphe et d'éléments fibro-plastiques entre la tunique interne et la tunique externe du kyste, passent par une série d'états intermédiaires, depuis le simple soulèvement de la paroi jusqu'à la formation de petits corps blanchâtres, arrondis ou allongés, qui tiennent seulement à cette paroi par un pédicule plus ou moins long et souvent fort étroit. On conçoit facilement quelles variétés de forme, d'aspect, de consistance, doivent offrir ces végétations verruqueuses qu'on rencontre constamment à la face interne des kystes tendineux qui renferment des grains riziformes.

2° Le liquide contenu dans ces tumeurs est le plus souvent une sérosité claire, transparente ou un peu jaunâtre; quelquefois il ressemble à une matière visqueuse ou à une gelée, comme cela s'observe dans certains kystes tendineux de la région poplitée. Des corps solides flottent assez fréquemment dans cette sérosité; ce sont, ou des flocons fibrineux, ou de petits corps blanchâtres analogues à ceux qui sont appendus à la paroi interne du kyste, et qui, comme dans un cas bien étudié par Hyrtl (1), conservent même encore à leur extrémité la plus aiguë le court appendice qui les retenait autrefois fixés au kyste.

Ces corps présentent de grandes variétés de grosseur et de forme. Ils varient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un petit haricot; la plupart ressemblent à des grains de riz; d'autres figurent assez bien des lentilles, des pepins de poire, des grains de blé; les uns sont arrondis, d'autres allongés ou triangulaires, ou réniformes; tous enfin semblent aplatis.

(1) *Medicinische Jahrbücher des Oesterreich. Staates*, 1842, Bd. XXXIX, S. 261.

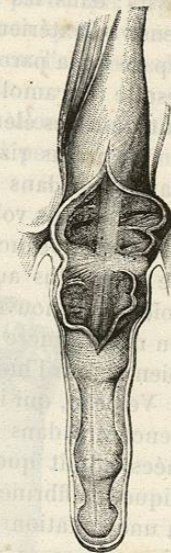


FIG. 24. — Kyste de la synoviale des fléchisseurs des doigts incisé à sa face antérieure; végétations de la paroi et adhérences du tendon à la gaine (thèse de Michon).

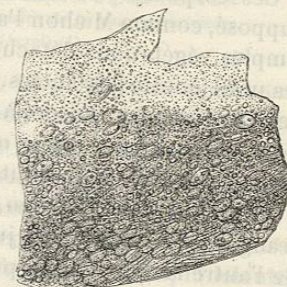


FIG. 25. — Structure de la paroi interne d'un kyste à grains riziformes. Cette surface est couverte de corpuscules de différents volumes (Michon).

On distingue dans les plus gros de ces corpuscules une paroi et une cavité; dans les plus petits, une paroi très-nette aussi, blanche, assez dense à l'extérieur, et un tissu granuleux grisâtre pouvant être facilement séparé de la paroi. La distinction d'une paroi et d'un contenu granuleux résulte du ramollissement central du corpuscule par un trouble dans la nutrition des éléments qui le constituent.

Ces grains riziformes présentent sous le microscope, tant dans leur paroi que dans leur contenu, des granulations amorphes entourant des globules plus volumineux, qui semblent être des noyaux fibro-plastiques.

On s'est beaucoup occupé de l'origine de ces corps singuliers. Personne ne croit plus aujourd'hui, avec Dupuytren, que ces grains riziformes soient une nouvelle espèce d'hydatides, mais jusqu'à ces derniers temps, on n'était guère fixé sur leur véritable nature que nous connaissons assez bien aujourd'hui.

Velpeau, qui insista sur l'analogie de ces corpuscules avec ceux qu'on rencontre dans les articulations et dans les bourses séreuses sous-cutanées, admit que ce sont des concrétions d'albumine, de lymphé plastique, de fibrine, ou même de pus, qui, soumises dans la cavité synoviale à une agitation continue, frottent les unes contre les autres, deviennent lisses et assez régulièrement arrondies. Mais cette théorie du développement de ces grains riziformes, quelque séduisante qu'elle soit, ne répond pas à une exacte observation des faits. Ces corpuscules, à aucune époque de leur développement, ne ressemblent à des caillots plastiques, sanguins, purulents ou autres, tandis qu'ils sont identiques, par leur aspect et leur constitution histologique, avec les végétations développées et encore adhérentes à la surface interne de la gaine tendineuse. C'est donc de ce côté qu'il faut chercher l'origine de ces singulières productions.

Ces corpuscules sont en effet, comme Cruveilhier (1) et Hyrtl l'ont supposé, comme Michon l'a péremptoirement démontré dans sa thèse, de simples végétations détachées de la surface interne du kyste et froissées les unes contre les autres. L'examen comparatif des grains libres et de ceux qui pendent encore à la surface interne des kystes, la comparaison de ces faits avec ce qu'on observe dans les articulations, ne peuvent laisser à cet égard aucun doute dans l'esprit.

« En suivant, dit Michon, d'une part la graduation successive, depuis les franges les plus simples jusqu'à celles qui sont les plus développées, et de l'autre la dégradation progressive des liens ou pédicules qui les retiennent fixés aux parois du kyste, on ne peut s'empêcher de reconnaître que toutes ces productions internes sont une même chose à différents degrés de développement, et que les pédicules si faibles qui retiennent celles qui ressemblent le plus aux corps isolés qui sont dans la cavité, doivent se rompre à un moment donné et les mettre aussi en liberté (2). »

SYMPTOMATOLOGIE. — Les kystes séreux des bourses tendineuses s'an-

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, 1852, t. II, p. 131.

(2) *Loc. cit.*, p. 69.

noncent quelquefois par de la roideur et de la gêne dans les mouvements, mais dans d'autres cas, c'est la tuméfaction de la partie qui frappe d'abord l'attention du malade. D'ailleurs les signes de ces kystes varient suivant la forme de la bourse séreuse et la présence ou l'absence des grains riziformes.

La tumeur, située sur le trajet d'une gaine tendineuse allongée, comme celle des fléchisseurs des doigts (fig. 26), augmente peu à peu de volume,

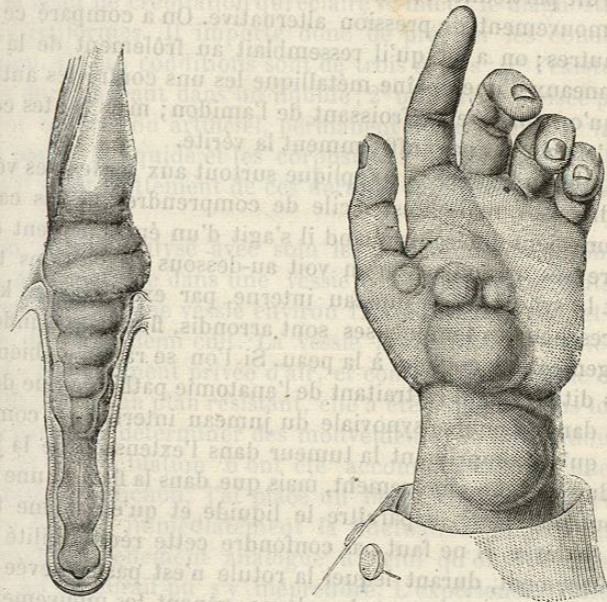


FIG. 26. — Tumeur à grains riziformes du doigt médium, après l'ablation de la peau (thèse de Michon).

FIG. 27. — Kyste en bissac et à grains riziformes des régions palmaire de la main et antérieure de l'avant-bras (Acrel) (1).

suivant la direction connue de cette synoviale. Le gonflement peut commencer par la paume de la main, et monter peu à peu vers l'avant-bras, en passant au-dessous du ligament annulaire; dans d'autres cas, c'est l'inverse qui a lieu. Aux doigts, l'accroissement de la tumeur se fait aussi tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut.

Ces kystes, arrivés à un assez grand développement, forment des masses pâteuses, élastiques, sans changement de couleur à la peau, indolentes à la pression et fluctuantes dans tous les sens. Ces tumeurs, le plus souvent, ne sont pas uniformément arrondies: tantôt elles sont divisées en deux lobes par un ligament fibreux qui déprime un certain point de leur surface, et c'est cette variété de tumeur, désignée sous le nom de *tumeur en bissac*, qu'on rencontre surtout au poignet où le ligament annulaire antérieur du carpe sépare la masse en deux parties (fig. 27); tantôt

(1) *Commentaires de la Société royale des sciences de Göttingue*, vol. XI, p. 131.