

Étiologie. — A peu près inconnue. Ils s'observent également chez la femme et chez l'homme ; souvent les malades en attribuent le développement à une contusion, à une fatigue, etc.

La synovite à grains riziformes est de *nature tuberculeuse* ainsi que le démontrent son existence chez les tuberculeux, la structure histologique de sa paroi, la constatation du bacille de Koch dans cette paroi et les résultats positifs de l'inoculation des grains.

Anatomie pathologique. — La grande gaine des fléchisseurs des doigts, placée au devant du poignet et dans la paume de la main, en est le siège habituel. On les a observés, mais rarement, dans les gaines de la face dorsale de la main, du cou-de-pied (extenseurs des orteils, péroniers latéraux).

Les gaines tendineuses sont très nombreuses au pied et à la main ; ainsi, à la main, il en existe au niveau des phalanges et au niveau du poignet ; celles des phalanges sont beaucoup plus marquées pour les tendons fléchisseurs que pour les extenseurs, elles ne descendent pas au-dessous des doigts, sauf celles du petit doigt et du pouce qui vont se continuer avec la grande gaine du poignet.

Au poignet, il existe sur la face dorsale presque autant de gaines isolées que de tendons ; mais sur la face palmaire la disposition n'est pas toujours la même : tantôt c'est une gaine unique et énorme pour tous les fléchisseurs, tantôt ce sont deux gaines, l'une externe et l'autre interne ; mais un fait constant, c'est leur continuité avec les gaines du pouce et du petit doigt. Cette disposition explique les deux prolongements en ce sens que présente habituellement le kyste et la facilité avec laquelle les panaris de ces doigts s'étendent au poignet.

Nous étudierons : 1° les *parois du kyste* ; 2° son *contenu*.

1° *Parois.* — Formées par une trame conjonctive mêlée à quelques granulations et éléments fibro-plastiques, elles sont plus ou moins épaisses. Leur surface externe, très adhérente aux os et aux aponévroses, est lâchement unie aux autres tissus¹.

1. Certains kystes du creux poplité communiquent avec la cavité articulaire.

La face interne du kyste est, en certains points, lisse, unie, tapissée par de l'épithélium pavimenteux ; dans d'autres, rugueuse, irrégulière, offrant des *franges*, des *végétations*, des *saillies mamelonnées*¹. Incessamment froissées par les mouvements des tendons de la main, etc., ces franges tendent à se pédiculiser, à se séparer de la paroi et, devenues libres dans la cavité du kyste, *elles constituent les grains hordéiformes*.

La paroi est formée de trois zones. La zone externe, fibreuse, la zone moyenne formée de noyaux embryonnaires et de vaisseaux capillaires à paroi néoformée comme dans les bourgeons charnus ; la zone interne qui est réfringente ou vitreuse avec peu de noyaux et qui semble résulter d'un « mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose », dans les parois interne et moyenne se trouvent des grains tuberculeux et des bacilles de Koch.

2° *Contenu.* — Il se compose d'un liquide plus ou moins abondant, séreux ou onctueux comme de la synovie, rarement purulent ; au milieu de ce liquide flottent les *grains hordéiformes*. Ce sont de petites concrétions dont le volume, la forme, la couleur, se rapprochent de celles des grains de riz ou de blé, d'où leur nom, plus rarement d'un pépin d'orange. Cette forme ils la doivent aux mouvements que leur imprime le jeu des tendons, à leurs pressions réciproques. Leur périphérie est compacte, leur centre ramolli et friable.

Les grains présentent différents types, tantôt compacts et homogènes sans structures, tantôt formés de strates concentriques, tantôt aréolaires ; la présence du bacille de Koch dans le grain lui-même est fort rare, mais les inoculations faites sur des lapins avec ces grains même ne contenant pas de bacilles déterminent généralement des tuberculoses généralisées ; la synovite à grains riziformes est donc d'*essence tuberculeuse*. Ces grains sont-ils dus à une coagulation du liquide synovial, à des dépôts fibrineux qui se fragmentent, ou bien ne sont-ils que la zone interne de la gaine qui se fragmente sous l'in-

1. Ces franges et végétations, semblables à celles que l'on rencontre dans toutes les cavités séreuses enflammées, sont formées d'éléments conjonctifs engendrés par la prolifération du tissu conjonctif de la séreuse.

fluence du frottement du tendon, c'est assez vraisemblable, vu la similitude de structure.

Symptômes. — Le début passe inaperçu, la gêne et la tuméfaction révèlent l'existence d'un kyste dont la naissance remonte déjà à une certaine époque : ce kyste se reconnaît à un gonflement et à une crépitation de nature spéciale.

1° *Gonflement.* — Il est exactement limité à la gaine et en dessine la forme. Sur la face palmaire du poignet, la vaste gaine des fléchisseurs se présente sous l'aspect d'une *tumeur bilobée*, commençant vers la partie inférieure de l'avant-bras; elle s'aplatit au-dessous du ligament annulaire antérieur qui la bride et reparait dans la paume de la main, envoyant un prolongement du côté du pouce et du petit doigt. Cette tumeur a la forme d'un bissac (fig. 6 et 7).

Lorsque le kyste, au lieu de se rencontrer sur la gaine du poignet, occupe les petites gaines des doigts, ceux-ci, fortement fléchis, présentent à leur partie antérieure une *tumeur allongée, bridée au niveau de chaque jointure*.

2° *Crépitation et fluctuation.* — La tuméfaction est molle, fluctuante; on peut par des pressions alternatives faire passer le liquide au-dessous du ligament annulaire, de façon à distendre successivement la poche palmaire et la poche antibrachiale. Par ces manœuvres, on perçoit à la fois la *fluctuation* et une *crépitation* semblable à celle que donne l'écrasement de l'amidon ou de la neige; elle tient à la collision des grains entre eux, à leur frottement contre les parois rugueuses du kyste, à leur passage dans le détroit rétréci du ligament annulaire. La crépitation peut manquer, soit par le fait du grand nombre de grains auxquels tout déplacement est impossible, soit au contraire par leur petit nombre, soit par l'absence d'une partie rétrécie contre laquelle ils viendraient frotter.

3° *Symptômes de voisinage.* — La peau conserve ses caractères, mais les divers plis de la main sont effacés; les doigts restent fléchis. Quelques malades éprouvent de vives douleurs dans la distribution du nerf médian, par le fait de la compression de ce nerf; mais c'est exceptionnel¹.

1. D'après Bonnet, le nerf médian serait toujours placé derrière le kyste; d'après

Marche. — Fort lente, c'est seulement après plusieurs années que ces kystes par leur volume, leur difformité, la gêne qu'ils apportent aux fonctions de la main et très exceptionnellement par les douleurs qu'ils occasionnent, conduisent les malades à demander une opération.

Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent rester stationnaires, c'est un cas assez fréquent, ou s'accroître, s'enflammer par le

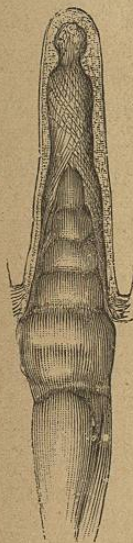


Fig. 6. — Tumeur à grains riziformes du doigt médian, après l'ablation de la peau (thèse de Michon).

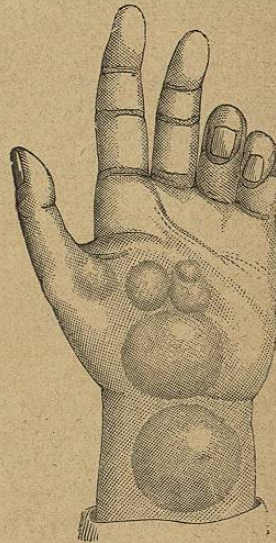


Fig. 7. — Kyste en bissac et à grains riziformes des régions palmaires de la main et antérieure de l'avant-bras.

fait des violences extérieures. On en a vu qui ont expulsé spontanément leur contenu par une ouverture cutanée, ouverture qui reste longtemps fistuleuse.

Traitement. — On a cherché, mais en vain, à guérir ces

d'autres auteurs, il se trouverait placé entre les gaines internes et externes; mais pour cela il faudrait qu'elles fussent indépendantes, or, elles sont habituellement fusionnées.

tumeurs par les badigeonnages à la teinture d'iode, les vésicatoires, la compression, etc. De deux choses l'une, ou il faut rester dans l'expectation, ou bien, si le malade éprouve une gêne ou une douleur qui l'engagent à recourir à l'intervention chirurgicale, il faut qu'elle soit énergique.

Grâce à la méthode antiseptique, le traitement des synovites a fait de grands progrès. On peut débiter par l'injection iodée ou l'injection d'éther iodoformé.

En cas d'échec, ouvrez largement le kyste, débarrassez-le de son contenu, râclez soigneusement sa cavité de façon à enlever toutes les villosités, lavez ensuite avec la solution au sublimé, drainez et suturez, joignez-y l'immobilisation et une certaine compression.

Cette méthode a donné d'assez nombreux succès, mais souvent aussi des récidives ou des fistules interminables, aussi une pratique plus sûre, mais bien plus difficile consiste à faire l'extirpation totale de la gaine.

3. — GANGLIONS. — HERNIE DE LA SYNOVIALE ARTICULAIRE. — KYSTES SYNOVIAUX FOLLICULAIRES.

Le mot de ganglion a été, bien à tort, appliqué à la dénomination de certaines tumeurs arrondies, circonscrites, à contenu synovial, tumeurs que l'on rencontre au niveau des articulations de la main et du pied, et qui sont formées par une hernie de la synoviale articulaire à travers une éraillure des ligaments qui la recouvrent.

Anatomie pathologique. — Ces kystes siègent principalement sur la face dorsale du poignet, plus rarement au cou-de-pied ; ils ont le volume d'un pois ou d'une noisette, ils sont arrondis, lisses, circonscrits, plus rarement bosselés. Logés dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre les tendons, ils sont ordinairement indépendants, ou pourvus d'un pédicule, qui, passant à travers l'éraillure des ligaments, va se continuer dans la synoviale articulaire. Leur contenu est plus ou moins épaisse ; leur contenu jaunâtre est filant comme de la synovie.

1. D'après Bonnet.

Pathogénie. — Quelle en est l'origine ? 1° *Hernie de la synoviale* à travers une éraillure aponévrotique ; 2° *développement exagéré* des follicules des culs-de-sac que possèdent normalement les synoviales articulaires (Gosselin) ¹.

Symptômes. — Ces kystes ou ganglions, pour employer le mot consacré par l'usage, se présentent sous l'aspect d'une tumeur arrondie, bien circonscrite, siégeant au voisinage d'une articulation, principalement sur la face dorsale du poignet, et ayant à peu près la forme d'une noisette. Indolente, molle, fluctuante, elle peut être distendue par le liquide au point d'acquiescer une dureté comparable à celle d'une tumeur solide.

Ces ganglions sont parfois réductibles, soit sous l'influence d'une pression directe qui refoule le liquide dans la jointure, soit par le fait d'un mouvement de la main, car on sait que la capacité d'une articulation varie suivant la position des surfaces osseuses. C'est généralement dans la demi-flexion que le contact des surfaces articulaires est le plus parfait, ce sera donc alors que le ganglion sera développé et tendu. Certains ganglions sont irréductibles : c'est qu'ils ont perdu leur continuité avec la séreuse.

Leur présence gêne plus ou moins les mouvements de la main ; ils peuvent rester indéfiniment stationnaires, s'accroître à la suite d'une violente contusion ; mais en tout cas leur pronostic n'offre jamais rien de sérieux.

Diagnostic. — Les bourses séreuses sous-cutanées sont aplaties, irréductibles et n'occupent point d'ordinaire la même région que le ganglion.

Les anévrysmes et tumeurs érectiles présentent quelques-uns des caractères du ganglion (forme arrondie, réductibilité) ; mais leur siège, le bruit de souffle, leurs battements, leur affaissement par la pression des artères feront éviter l'erreur.

1. Or, on sait que le ligament postérieur du poignet est formé par un entrecroisement de fibres qui circonscrivent de petits espaces. Cela étant, admettons une pression à l'intérieur de la synoviale par le fait d'une hydarthrose ou de certains mouvements ; admettons encore qu'un mouvement ait déchiré quelques fibres, la synoviale fera hernie dans les points les moins soutenus.

Quant aux tumeurs solides, *exostoses*, *enchondromes*, on conçoit l'erreur, quand on songe à la dureté de certains ganglions.

Traitement. — *Il faut écraser le ganglion.* — Pour cela on place la région de manière à tendre le ganglion (pour la main c'est la demi-flexion) ; lorsqu'il est devenu bien saillant, on le comprime fortement. Les Anglais y appliquent un coup de poing, le médius fléchi et proéminent vient frapper le ganglion. Sous l'influence de cette pression, la paroi du kyste se rompt, le liquide qu'il contient s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin, où il se résorbe rapidement (puis on pratique une légère compression) ; il est vrai que la récurrence est fréquente.

Quant aux ponctions, injections, incisions, on les a employées ; mais on ne devrait y recourir qu'en cas de gêne notable, de récurrences nombreuses. Si l'intervention sanglante est indiquée, l'extirpation franche est la meilleure. En raison de la communication fréquente avec l'articulation, il faut prendre des précautions antiseptiques rigoureuses.

4. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES SYNOVIALES TENDINEUSES.

Les gaines tendineuses peuvent être *contusionnées* ; souvent cette lésion passe inaperçue en présence des altérations osseuses bien autrement graves qui l'accompagnent ; cependant dans le cas où la contusion a été isolée, la gaine s'est enflammée en présentant l'aspect d'une tumeur oblongue et douloureuse, telle que nous l'avons décrite.

Les *plaies* des gaines tendineuses sont plus graves ; car, suivant l'habitude du tissu séreux, ces gaines suppurent avec facilité et l'inflammation gagnant aisément les couches cellulaires voisines, on se trouve en face d'un *phlegmon diffus*, ou bien, si cette complication est évitée, il y a toujours à craindre les *adhérences du tendon*. Les plaies des gaines tendineuses se reconnaissent à l'issue d'un liquide onctueux et filant qui n'est autre chose que de la synovie. Le traitement consiste en un repos absolu, l'irrigation continue et les émoullients.

CHAPITRE V

MALADIES DU TISSU OSSEUX

PREMIÈRE PARTIE

LÉSIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES

1. — PÉRIOSTITES.

Les périostites sont des inflammations très fréquentes, car outre les phlegmasies qui peuvent appartenir en propre au périoste, la plupart des lésions osseuses se compliquent d'une inflammation de cette membrane, inflammation qui passe souvent inaperçue, soit en raison de sa terminaison favorable, soit en raison de l'éclat et de l'importance des altérations qu'elle accompagne. La plupart des ostéites et des périostites, au lieu d'être étudiées séparément, doivent donc être réunies sous la dénomination d'ostéo-périostites.

Nous étudierons deux variétés de périostites :

- A. La *périostite* proprement dite ou ordinaire :
- B. La *périostite phlegmoneuse diffuse*¹.

A. Périostite.

Elle peut être aiguë ou chronique.

Étiologie. — 1° *Le traumatisme*, qu'il ait agi isolément sur le périoste (contusions, plaies, dénudations, etc.), ce qui est rare, ou à la fois sur le périoste et l'os, ce qui est bien plus fréquent (fractures, amputations, résections, etc. Les *panaris de la 3^e phalange* sont souvent des périostites.

¹ La première pourrait être comparée au phlegmon circonscrit et la seconde au phlegmon diffus.