Synovite fongueuse. — Fistulisées ou non, on ouvre les gaines de même, par autant d'incisions (fig. 177) qui permettront une toilette méthodique et complète, soit au moyen de la cuiller tranchante, soit avec les pinces et les ciseaux. Il va de soi qu'on opère sur une main ischémiée. Lorsque les fongosités ont été partout enlevées, même sur les tendons examinés et chargés un à un, on cautérise au chlorure de zinc toutes les cavités, on les draine, ou bien on les bourre à la gaze iodoformée. Immobilisation de la partie opérée.

Les suites de l'opération sont loin d'être aussi favorables que lorsqu'on traite la synovite à grains riziformes. Trop souvent, la tuberculose s'étend au carpe : on a des fistules intarissables ; ou le poumon se prend à son tour,

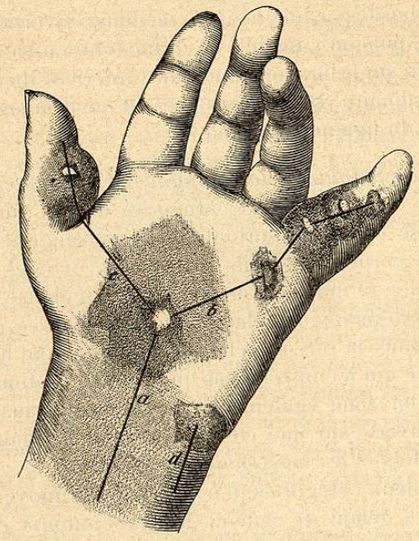

Fig. 177. — Synovite tuberculeuse fongueuse, fistulisée, des deux grandes gaines carpo-phalangiennes de la main gauche, chez un de nos opérés.
D'abord synoviotomie combinée (*abcd*) avec curage ; plus tard, amputation de l'avant-bras. Guérison.

et il faut, pour sauver les patients, recourir à la résection du poignet et du carpe, ou à l'amputation de l'avant-bras.

II. La *synoviectomie tendineuse* est l'extirpation de la gaine synoviale d'un ou de plusieurs tendons.

Elle convient d'abord aux deux formes principales de la tuberculose, surtout à la forme fongueuse non suppurée, peu avancée, encore limitée à la séreuse ou légèrement étendue aux tendons, toutes conditions qu'on ne peut, du reste, préciser qu'après l'ouverture de la gaine et l'examen direct de son intérieur. Elle convient aussi à la synovite hydropique, plus connue sous le nom de *kyste synovial tendineux*, et dont le traitement est exposé dans l'article suivant.

Si l'on prend encore les gaines palmaires comme organes d'application, nous ferons remarquer simplement que les temps opératoires sont exactement les mêmes que pour la synoviectomie tendineuse déjà décrite, et que le curage lui-même ne peut être remplacé entièrement par la dissection et l'excision de la synoviale ; car dans la gouttière carpienne, contre le plan osseux, une telle dissection est impossible ; on est forcé de recourir à la cuiller tranchante pour la partie de synoviale pariétale qui lui correspond. Peu importe, d'ailleurs, cette petite nécessité technique pourvu que l'abrasion synoviale soit faite d'une manière uniforme dans l'étendue voulue. L'opération se termine par le drainage, la suture incomplète, le pansement iodoformé et l'immobilisation du membre.

La synoviectomie tendineuse palmaire n'est pas encore, croyons-nous, une opération courante, de sorte qu'on ne peut, aujourd'hui, bien apprécier toute sa valeur thérapeutique.

Article II. — KYSTES SYNOVIAUX TENDINEUX

KYSTES SYNOVIAUX FOLLICULAIRES (GANGLIONS)

I. Nous désignons sous le nom de *kystes synoviaux tendineux* les collections séreuses ou gélatineuses, de nature non spécifique, qui se sont faites à froid dans les gaines synoviales, de manière à leur donner la forme et le caractère des kystes. Comme les gaines offrent à l'état normal divers degrés de développement, les dilatations kystiques qui en résultent nous offrent également une configuration, des rapports et un volume variables : les kystes tendineux sont tantôt des sortes de manchons, comme à la face palmaire des doigts, traversés librement, ou à peu près, par les tendons, tantôt des espèces de sacs fermés, disposés en fer à cheval autour d'un ou plusieurs tendons, qui sont reliés au feuillet pariétal par un méso plus ou moins large, tantôt des poches arrondies ou ovoïdes, parfois bilobées, dont le feuillet viscéral passe simplement à plat sur une face du tendon ; en ce dernier cas, les kystes pourraient se nommer aussi bien des *hygromas sous ou sus-tendineux*, avec cette particularité que leur paroi ne peut être *entièrement* disséquée comme dans les hygromas ordinaires.

Le meilleur mode de traitement des kystes synoviaux tendineux est la *synoviectomie*, l'excision de la synoviale. Cette excision n'est guère jamais, il est vrai, que partielle, en ce sens qu'elle ne porte que sur le feuillet pariétal de la séreuse ; mais, largement faite, elle suffit constamment pour la cure radicale.

La synoviectomie se fait le plus souvent à la main, au creux poplité, quelquefois au dos du pied.

Soit à exciser un kyste synovial du tendon extérieur du médius droit comme celui que représente la figure 178 d'après un de nos opérés.

Appareil instrumental : un tube élastique, gros comme l'index environ et un clamp d'arrêt ;

Un bistouri droit pointu ;

Une pince à dents de souris ;

Deux pinces de Kocher, qui serviront d'écarteurs commodes pour la peau ;

Quelques pinces hémostatiques de Péan ;

Une sonde cannelée ·

Une paire de ciseaux courbes ;

Une aiguille de Moÿ ;

Soie fine à ligature. — Crins de Florence.

Procédé. — Après la toilette antiseptique du champ opératoire, le membre étant ischémié au moyen du tube élastique, le sujet étant endormi — pendant qu'un aide soutient la main, les doigts fléchis, — faire une incision longitudinale de la peau (*ab*, fig. 178), dont les extrémités débordent sensiblement le grand axe de la tumeur.

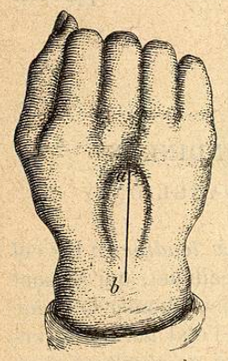

Fig. 178.

Synoviectomie pour un kyste synovial du tendon de l'extenseur du médius, d'après un de nos opérés.

ab, ligne d'incision de la peau.

Saisir successivement chaque lèvre de la plaie avec la pince dentée, et la disséquer jusqu'aux confins apparents de la tumeur.

Tandis que deux pinces de Kocher maintiennent écartées les deux lèvres, fendre la tumeur rapidement, par transfixion, d'un coup de bistouri ; il sort ordinairement une gelée transparente et visqueuse.

Lorsque la cavité est parfaitement étanchée avec, quelques tampons de gaze ou de coton mouillé prendre successivement chaque lèvre de la poche avec la pince dentée, la disséquer jusqu'au tendon, et l'exciser au ras de lui avec les ciseaux.

Enlever le tube ischémique et faire l'hémostase définitive soit avec des pinces de Péan, soit par quelques ligatures ; cette hémostase est souvent insignifiante.

Réunir complètement la peau par quelques crins de Florence, sans drain. Pansement sec compressif. Main et avant-bras immobilisés dans une écharpe.

La guérison est parfaite en une huitaine de jours ; le ou les tendons sont et restent entièrement libres.

II. Les *kystes synoviaux folliculaires*, dits parfois encore *ganglions*, à cause de leur forme et de leur volume habituels, sont de vrais kystes à contenu gélatineux, développés à la face *externe* des synoviales tendineuses ou articulaires, et ne communiquant à peu près jamais avec l'intérieur de ces synoviales. On les observe d'ordinaire au dos du poignet ; sur l'interligne radio-carpien, au milieu ou en dehors ; on en trouve aussi quelquefois au-devant du poignet, au creux poplité, au cou-de-pied.

L'*extirpation totale*, qui est toujours praticable, est le moyen curatif de choix.

Soit à extirper un kyste synovial folliculaire sur la partie externe du dos du poignet droit (fig. 179).

Appareil instrumental : le même que précédemment.

Procédé. — Le même aussi, si ce n'est que, pendant que deux moitiés de la petite poche sont saisies ensemble avec la pince dentée, on continue la dissection, aux ciseaux ou au bistouri, jusqu'au-dessous du fond, c'est-à-dire de la partie qui peut être considérée comme le point d'attache à la synoviale — sans *s'inquiéter de l'ouverture de la cavité tendineuse ou de celle de l'articulation*. Réunion totale.

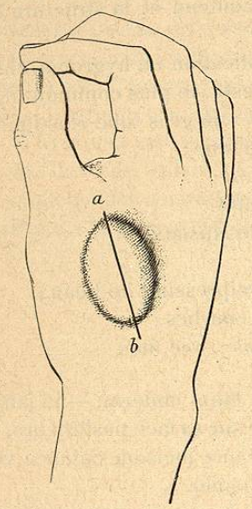

Fig. 179.

Extirpation d'un kyste synovial folliculaire du dos du poignet, d'après un de nos opérés.

ab, ligne d'incision de la peau.

Fig. 180.

Kyste synovial folliculaire entièrement adhérent à l'artère radiale d'après un de nos opérés.

Parfois, avons-nous dit, le ganglion se développe au-devant du poignet. Nous en avons opéré un (fig. 180), analogue au cas de Lejars et qui avait des connexions intimes avec l'artère radiale ; la dissection fut, pourtant, possible sans effraction de l'artère.

HYGROMAS CHRONIQUES

Ces tumeurs sont le résultat d'un épanchement liquide dans les bourses séreuses normales, professionnelles ou accidentelles, soit à la suite d'un traumatisme ou de froissements répétés, soit par infection tuberculeuse (*Hygromas fongueux ou à grains riziformes*), ou par autre maladie spontanée.

Parmi les moyens chirurgicaux qui ont leur cure pour objectif, deux seulement méritent de rester dans la pratique : l'*extirpation*, qui est le moyen de choix ; l'*excision* partielle, complétée ou non par le curage, *toujours suivi du drainage*.

Extirpation. — L'extirpation est le seul mode d'intervention qui puisse nous donner une guérison prompte, facile, sûre, avec une cicatrice linéaire et parfaitement mobile. Elle convient à *tous* les hygromas qui sont assez superficiels pour être abordables dans tout leur périmètre, quelles que soient la nature de leur contenu et la structure de leur paroi.

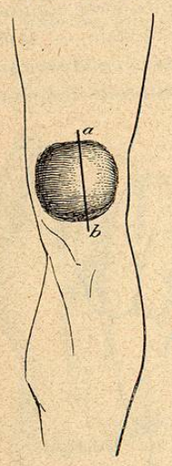

Fig. 181.
Extirpation d'un hygroma prérotulien d'après un de nos opérés.
ab, ligne d'incision de la peau.

Soit comme type d'application un hygroma chronique prérotulien, qui est, au reste, le plus commun (fig. 181).

Appareil instrumental : un gros tube élastique et des clamps d'arrêt pour l'ischémie ;
Un bistouri droit pointu ;
Une pince à mors dentés ;
Deux pinces-érigne de Museux ;
Une sonde cannelée ;
Quelques pinces à forcipressure de Péan ;
Une paire de ciseaux courbes ;
Aiguille de Moÿ ; crins ; soie fine.

Procédé. — Le patient étant endormi — la jambe malade ischémiée et étendue sur sa face postérieure, — faire sur le milieu de la tumeur une incision cutanée verticale (5 à 6 centimètres en moyenne).

Fendre la poche dans le même sens et à peu près dans la même longueur ; le liquide filant qui s'écoule est recueilli sur des compresses de gaze ou de coton. La poche peut être bilobée, sur petit lobe reposant directement contre la rotule.

Disséquer chaque moitié de la poche au bistouri ; puis disséquer soigneusement son fond en le séparant, si possible, du périoste qui revêt la rotule. Au besoin, pour compléter l'extirpation, ne pas hésiter à décaper en même temps le périoste ; la dénudation de la rotule n'empêche nullement la réunion immédiate. — Lorque l'hygroma est de petit volume ou sa paroi très dure, il peut être plus commode de le disséquer en bloc.

L'extirpation terminée, exciser, s'il le faut, une tranche de peau à droite et à gauche de l'incision ; faire cesser l'ischémie, et procéder à l'hémostase définitive (forcipressure, ligatures perdues, simple compression avec des compresses de gaze ou de coton). Souvent aucune ligature n'est nécessaire.

Lorsque la plaie est bien étanche, réunir la peau sur toute sa longueur avec des crins de Florence. Pansement sec et bandage compressif. Immobilisation de la peau sur une attelle de Bæckel, par exemple.

On enlève les points au bout de huit jours environ ; la cicatrice est complète. Huit jours après, elle est assez solide pour qu'on puisse laisser lever et marcher l'opéré, muni, si l'on vent, par précaution d'une genouillère élastique.

Lorsqu'on opère des malades qui sont obligés de s'agenouiller souvent tous les jours, il peut être préférable de déplacer la cicatrice et de la mettre sur un côté ou sur le haut du genou en taillant un lambeau cutané au lieu de faire l'incision médiane ci-dessus indiquée.

Excision partielle. — L'excision partielle est le procédé de nécessité. On doit la réserver pour les hygromas qui, soit étendue, soit profondeur, soit rapports périlleux, ne peuvent être extirpés dans leur totalité ; tels sont, par exemple, l'hygroma trochantérien sous-tendineux, l'hygroma iliaque sous-psoïque, l'hygroma sous-hyoïdien.

Suivant les cas, suivant les préférences du chirurgien, l'excision est alors complétée par le curage ou par la cautérisation, qu'on fait suivre soit du bourrage à la gaze aseptique, soit du drainage tubulaire.