

quelquefois symétriques, affectent de préférence les muscles du mollet et de la cuisse, de la fesse, le grand pectoral, le sternomastoïdien, le masséter, le buccinateur, le voile du palais, le rectum, la langue, le cœur, le diaphragme.

La myosite diffuse se caractérise par une prolifération des cellules du tissu conjonctif interfibrillaire; les éléments embryonnaires s'organisent et forment une trame cicatricielle qui étouffe les fibres striées. On trouve une substance dure, criant sous le scalpel, blanche ou grisâtre et qui s'infiltré parfois de noyaux cartilagineux ou osseux; les tendons et les aponévroses peuvent subir une semblable dégénérescence. Au début le muscle est tuméfié, douloureux, raide, contracturé, puis il s'atrophie, et on ne trouve plus à sa place qu'une bande fibreuse. Dans la période d'hyperplasie, une médication énergique réussit à sauver les muscles, mais plus tard, lorsque la fibre striée a disparu, les désordres sont indélébiles.

La *gomme* forme au sein du muscle des noyaux de volume variable, en général gros comme une noisette, jaunes ou blanchâtres, grisâtres ou roses au début, puis elle subit une dégénérescence progressive, se ramollit, devient diffluite, et l'on trouve une substance fluide, semblable à une solution « gommeuse » au milieu de laquelle sont les détritits enchevêtrés, une masse analogue au bourbillon de l'anthrax. Sur le pourtour de ce foyer, le muscle est atteint de myosite chronique, il forme plusieurs couches concentriques de tissu scléreux qui limite la masse caséuse.

La gomme se dépose surnoisement au milieu des muscles; au début, on observe cependant quelques douleurs, de la gêne dans les mouvements, puis on sent une tumeur arrondie, régulière, immobile dans le corps charnu. Il peut s'en rencontrer plusieurs à la fois, séparées les unes des autres par du tissu sain. A la langue, lorsque les gommages sont multiples, l'organe est « comme rembourré de noisettes ». Leur résistance, d'abord ligneuse, diminue peu à peu; une poussée aiguë survient, des adhérences se font, la peau ou la muqueuse rougit, puis s'ulcère, et le pus s'écoule, laissant une perte de substance profonde, taillée à pic, à bords non décollés, à fond grisâtre recouvert d'un enduit jaune et de débris de bourbillon.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic; quand on constate l'existence d'une tumeur musculaire, on songera toujours à une gomme, et un interrogatoire sévère, un examen attentif sont de rigueur;

dans le doute, on n'aurait qu'à prescrire le traitement spécifique; la fonte rapide du néoplasme en indiquerait l'origine. Le pronostic est grave si les dépôts sont nombreux et si l'intervention est tardive; il peut se faire des désordres irréparables, des scléroses indélébiles, des contractures, une impotence fonctionnelle incurable.

CHAPITRE XI

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES TENDONS

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous serons bref sur l'étude des *contusions*, qui n'ont pas d'histoire clinique, des *ruptures*, dont la description se confond presque avec celle des ruptures musculaires, des *luxations*, extrêmement rares, et ne parlerons avec quelques détails que des *plaies tendineuses*, dont l'importance chirurgicale est grande.

1° PLAIES TENDINEUSES

On les divise en *piqûres*, *coupures* et *plaies contuses*. — Les *piqûres* sont sans gravité; si la plaie est étroite, si l'instrument vulnérant n'est pas chargé de matières septiques, la réunion immédiate s'observe, la guérison est rapide; au point piqué, il reste à peine, comme vestige de la blessure, une petite nodosité qui finit par disparaître. Les *plaies contuses* sont les plus dangereuses: elles peuvent provoquer une synovite purulente dont nous avons déjà tracé l'histoire, et la solution de continuité du tendon entraîne des désordres fonctionnels que nous étudierons à propos des coupures. Seulement, le pronostic est plus sombre; outre que l'inflammation, si fréquente, est sérieuse par elle-même, elle peut entraîner des adhérences, des cicatrices vicieuses qui conduisent à l'impotence fonctionnelle. Le traitement diffère en ceci que, avant de tenter la

réunion, il est souvent nécessaire d'ébarber et d'aviver les extrémités frangées et meurtries du tendon.

Les coupures sont complètes ou incomplètes. Nous ne parlerons pas des coupures *incomplètes*, graves seulement par la synovite suppurée qui peut atteindre la gaine ouverte, ou par des adhérences compromettant les mouvements et qui s'établissent parfois entre le tendon et les parties adjacentes, coulisse de glissement, tissu cellulaire sous-cutané ou peau. Les coupures *complètes* sont *obliques* ou *transversales*, distinction sans importance clinique. Il n'en est pas de même de la division en plaies tendineuses *exposées* et en plaies *sous-cutanées*. Les unes et les autres peuvent être le fait d'une intervention chirurgicale et voulue de l'opérateur dans un but thérapeutique.

Les plaies *exposées* ne s'observent guère qu'en certaines régions où les tendons sont superficiels et saillants : autour du genou, au cou-de-pied, au coude et surtout près de l'articulation radio-carpienne, soit sur la face palmaire, soit plutôt sur la face dorsale : les gaines sont presque sous-cutanées, et la main, par ses fonctions mêmes, est extrêmement sujette aux sections tendineuses : neuf fois sur dix elles y sont localisées ; les éclats de verre ou de faïence, la lame d'un rasoir ou d'un couteau, provoquent le plus souvent ces coupures.

Elles se caractérisent, — en dehors des signes propres à toutes les sections de la peau, douleur, écoulement sanguin mêlé, dans l'espèce, d'un peu de synovie — par l'écartement des deux bouts du tendon ; le bout supérieur ou musculaire est attiré en haut, grâce à la tonicité du corps charnu ; le bout inférieur ou osseux reste au même point, ou bien est attiré en bas sous l'influence des muscles antagonistes, désormais sans contrepoids. Les contractions musculaires restent impuissantes à mouvoir le membre, et l'impotence fonctionnelle est absolue quand les muscles congénères ne peuvent suppléer le muscle blessé.

L'étendue de la rétraction du bout supérieur est soumise à certaines conditions étudiées par Wolter : lorsque la gaine est du « type vaginal », le tendon glisse sans obstacle et son ascension n'a de limites que la rétractilité du corps charnu ; mais le tendon est arrêté dans sa course si la gaine a un méso-tendon, des brides comme à la face palmaire des doigts, des dédoublements de l'aponévrose,

comme pour les tendons extenseurs du dos de la main, des adhérences aux capsules articulaires métacarpo-phalangiennes, des tractus fibreux comme le long extenseur du pouce rattaché par eux au périoste du métacarpien, comme le tendon d'Achille fixé lâchement à la face supérieure du calcanéum.

Que va-t-il advenir de la plaie ? Si l'on n'a pas eu recours à un pansement rigoureux et si, par un artifice quelconque, les deux bouts tendineux n'ont pas été mis au contact, l'inflammation s'allume, du pus s'amasse dans la gaine, les extrémités des tendons granulent et leurs bourgeons charnus les unissent à une des parties environnantes : des adhérences vicieuses se font avec le tissu cellulaire de la peau. Aussi, lorsque le muscle se contracte plus tard, il est sans action sur le membre et ne peut que tirailler la cicatrice, qui se déchire et s'ulcère. Si, au contraire, les deux tronçons tendineux sont juxtaposés sous un pansement antiseptique, il y a réunion immédiate et absence d'adhérence vicieuse.

Les plaies *sous-cutanées* sont d'origine chirurgicale ; on introduit sous la peau, à une certaine distance du tendon et par un trajet oblique, un instrument mince et étroit, un ténotome qui va sectionner la corde fibreuse : c'est le tendon d'Achille qu'on coupe le plus fréquemment, mais, pour les luxations non réduites, dans certaines rétractions musculaires, dans le torticolis et le strabisme, d'autres tendons ont été divisés à l'épaule, à la hanche, au genou, au coude, au poignet, autour de l'articulation tibio-tarsienne, au cou près de la clavicule, sur le globe oculaire. Autrefois rien n'était plus fréquent que cette opération ; une meilleure observation en a limité l'usage.

Le chirurgien qui attaque le tendon le sent crier sous le ténotome ; la section terminée, les deux bouts s'éloignent, surtout lorsqu'on redresse le membre dévié, et, pour peu que le tendon soit volumineux, le tendon d'Achille par exemple, le doigt sent, entre les deux tronçons, une dépression profonde que vient combler un épanchement sanguin et l'affaissement des parties voisines. Quand l'opération a été bien faite, il n'y a pas d'inflammation ulcéreuse et voici les phénomènes qu'on observe : Si les deux bouts tendineux restent juxtaposés, il y a réunion immédiate par le mécanisme ordinaire, celui que nous avons étudié déjà. D'habitude, les extrémités sont distantes de 2 à 5 centimètres et même plus. N'intervient-on pas, en

effet, pour redresser un membre ? ce redressement ne peut avoir lieu que par l'écartement des deux bouts du tendon sectionné. On assiste alors à des phénomènes connus maintenant, mais sur lesquels on a discuté autrefois ; nous voulons parler de la *régénération* du tendon.

L'irritation provoquée par le traumatisme se traduit par une prolifération des cellules des deux extrémités tendineuses : au quatrième jour, ces extrémités commencent à s'arrondir en massue ; les noyaux de la gaine ou du tissu lamelleux qui, autour de certains tendons, remplace cette gaine, prolifèrent ; ces éléments embryonnaires, joints aux leucocytes qu'apporte la diapédèse, comblent l'espace qui séparait les deux extrémités maintenant renflées, et que remplit un caillot sanguin dont la résorption ne tarde pas à se faire. La substance embryonnaire, molle, pulpeuse, gélatiniforme, se durcit ; ses éléments s'organisent en un tissu fibreux dont les faisceaux, étendus d'un tronçon à l'autre et jetés comme un pont sur la solution de continuité, s'assemblent et se juxtaposent de façon à reproduire la texture de l'ancien tendon ; la régénération est complète.

On a pu déterminer le temps que nécessite l'évolution de ces diverses phases ; c'est vers le quatrième jour que se constatent les premiers effets de la prolifération, le gonflement des extrémités tendineuses et de la gaine ; le neuvième jour, on trouve, entre les deux tronçons, un cordon mou de substance embryonnaire, entremêlé de quelques fibrilles jeunes ; il est aminci en son milieu et rappelle un double cône dont les deux pointes se correspondraient. Au bout de la deuxième semaine, l'organisation est telle que les faisceaux fibrillaires l'emportent sur les cellules ; néanmoins, le tendon régénéré ne possède guère la résistance du tendon primitif avant la cinquième ou sixième semaine. La couleur seule diffère, et le tronçon de formation nouvelle est plus gris, plus terne, et sans reflets nacrés.

Certaines circonstances influent sur la rapidité de la réparation : les sujets jeunes, « plastiques », refont plus facilement leurs tissus ; la vascularité des tissus voisins joue aussi un rôle capital, et les tendons, sans gaines véritables, entourés de tissus cellulaires où rampent de nombreux capillaires, sont ressoudés très vite ; le tendon d'Achille, qui remplit ces conditions, est reconstitué en trois semaines. Enfin, lorsque le corps charnu est long, qu'il écarte par sa tonicité le bout supérieur non bridé par un mésotendon et qui glisse sans difficulté

dans une gaine peu vasculaire, la distance entre les deux tronçons est souvent trop grande pour être comblée par la prolifération cellulaire ; les deux bouts se cicatrisent isolément ; il n'y a pas de régénération.

Traitement. — Nous ne parlerons ici que du traitement des plaies exposées ; les plaies sous-cutanées, les ténotomies faites par le chirurgien, ne nécessitent que l'application, au point de pénétration de l'instrument, d'un emplâtre agglutinatif, un morceau de diachylon, de l'ouate ou de la baudruche collodionnée, pour éviter l'entrée de l'air ; puis on immobilise les parties : quelque mouvement pourrait provoquer l'inflammation qu'il faut éviter.

Un tendon est coupé, l'indication formelle est d'en rétablir la continuité pour éviter la perte de la fonction ; il faut donc mettre les deux bouts sectionnés au contact et tâcher d'obtenir la réunion immédiate. Dans certains cas, rien de plus simple : il n'y a pas d'excrèse, les lèvres de la plaie sont nettes ; elles n'ont pas besoin d'être avivées, et on les juxtapose sans difficulté en donnant au membre une position convenable ; on le place dans un appareil inamovible ; on draine la plaie cutanée, on la suture pour assurer, sous un pansement antiseptique, l'adhésion primitive des tissus.

Lorsqu'il y a excrèse, destruction d'un segment tendineux ou plaie contuse qui nécessite l'ébarbement des deux bouts, — raccourcissement et par conséquent difficulté dans l'affrontement, — on doit combiner la position la plus favorable du membre avec la suture des extrémités : une aiguille fine armée d'un catgut souple, d'un fil de soie phéniqué ou d'un crin de Florence unira les deux bouts avivés. Une suture semblable sera pratiquée sur la plaie des téguments si les lèvres n'en sont pas contuses ; mais si les bords sont meurtris, une désinfection plus rigoureuse encore est nécessaire afin d'éviter la suppuration.

Il est des circonstances plus fâcheuses : la perte de substance tendineuse est telle que l'affrontement des deux bouts devient impossible, ou bien la rétraction musculaire est si énergique que le bout supérieur échappe aux recherches du chirurgien ; dans d'autres cas, on ne peut retrouver l'extrémité osseuse. Et ces faits s'observent surtout dans les traumatismes anciens, lorsque l'impotent réclame une intervention pour une plaie déjà cicatrisée. On cherche alors l'extrémité musculaire. On « l'exprime » en comprimant, selon la méthode de Le Fort, la masse charnue correspondante avec la main ou une bande roulée ; on la saisit, on l'avive, et on l'anastomose avec

un tendon voisin, sur lequel on pratique une légère perte de substance, de façon à pouvoir affronter deux surfaces cruentes. On ne fait, par cette manœuvre, qu'augmenter l'énergie des mouvements des tendons non sectionnés, mais sans rendre la fonction au segment du membre dont le tendon est coupé. L'anastomose du bout osseux, au contraire, rétablit le mouvement. Si l'on suture le bout osseux du tendon extenseur de l'annulaire au même tendon du médius, l'extension du médius entraîne avec elle celle de l'index; des mouvements indépendants seraient préférables; mais du moins, par cette suture, les fléchisseurs conservent un antagoniste.

Il est des cas à peu près au-dessus des ressources de l'art: la perte de substance est trop considérable pour permettre la suture des deux bouts; les anastomoses sont impossibles faute de tendons dans le voisinage immédiat. On a tenté de dédoubler le tendon dans une certaine étendue, de manière que l'une des moitiés, restée adhérente à l'un des deux bouts, vienne se juxtaposer à l'autre bout avec lequel on la suture. Mais souvent le segment dédoublé s'exfolie. La « vaginoplastie tendineuse » de Daniel Mollière est presque aussi stérile: elle consiste à unir les débris de la gaine au bout osseux et au bout musculaire; mais ce segment intermédiaire est à peu près sans résistance, et ne rétablit la continuité que très incomplètement. Chassaignac, dans un cas, sutura le bout musculaire, non au bout osseux, mais à la cicatrice cutanée où adhérait ce bout osseux; la peau, fort mobile, servait d'intermédiaire, et les mouvements furent en grande partie rétablis. On a obtenu quelque succès en suppléant par des tresses de catgut à la perte de substance qui existe entre les deux bouts tendineux. Gluck a montré plusieurs malades chez lesquels les tendons extenseurs des doigts avaient été ainsi remplacés dans une étendue de plusieurs centimètres; ces tendons artificiels ne se résorbent pas; ils sont bien tolérés par les tissus et la fonction se rétablirait d'une manière à peu près complète. On est allé plus loin; on a substitué, au segment du tendon humain détruit, un lambeau de tendon emprunté à un animal; Peyrot a ainsi greffé un tendon de chien chez un homme, et Monod un tendon de lapin; le résultat a été bon.

En résumé, voici les diverses éventualités qui se présentent: *les bouts sont écartés, mais on les retrouve, et leur affrontement est possible*; on suture alors les deux segments juxtaposés avec du crin

de Florence ou des fils de soie; *on ne trouve pas l'un des bouts*, presque toujours le bout musculaire, rarement le bout périphérique. Dans ce cas, suture du bout retrouvé dans une boutonnière pratiquée sur un tendon voisin ou avec un segment dédoublé de ce même tendon voisin; *les deux bouts sont trouvés, mais on ne peut faire l'affrontement*; suture à distance par interposition de tresses de catgut, greffes tendineuses avec segment tendineux emprunté au lapin, au cobaye ou au poulet. Ces ressources qui s'appuient, non seulement sur des résultats expérimentaux favorables, mais aussi sur des succès obtenus chez l'homme, ont ruiné les procédés imparfaits de la vaginoplastie et de la suture téno-cutanée.

2° RUPTURES TENDINEUSES

On nomme ainsi les solutions de continuité d'un tendon produites par une contraction du muscle correspondant.

Nous excluons ainsi les « fausses ruptures », celles qui succèdent à une violence extérieure, à une traction trop puissante, et alors il y a toujours une déchirure de la peau; nous connaissons ces faits pour les avoir étudiés à propos des plaies par arrachement. Les vraies ruptures ont pour cause une contraction musculaire exagérée, secondée, dans certains cas, par une friabilité plus grande du tendon. Ces ruptures sont sous-cutanées et se rapprochent des ruptures musculaires décrites déjà. Aussi serons-nous bref.

Fréquentes surtout de 60 à 75 ans, on les rencontre encore de 50 à 60; on en a vu à 22 ans, à 15, à 15 ans même; les ruptures tendineuses s'observent chez les hommes plus que chez les femmes; les gymnastes, les bateleurs, les danseuses en seraient plus souvent victimes. Les tendons le plus atteints sont le tendon d'Achille, puis celui du droit antérieur et le tendon rotulien; plus rarement celui du jambier antérieur. On connaît un très petit nombre de faits isolés de rupture du tendon qui parcourt la gouttière bicipitale. Encore est-il probable qu'il existait quelque altération. La contraction musculaire ne saurait à elle seule expliquer la diérèse. Desprès a cité un cas où la déchirure était survenue en montant simplement un escalier. N'avons-nous pas vu, lors de notre description de la synovite, que les lésions tendineuses vont parfois jusqu'à la solution de continuité? Le moindre effort musculaire y suffit.

Aussitôt après la rupture, les deux bouts s'écartent, grâce à la tonicité musculaire; du sang s'épanche qui comble l'espace laissé libre : plus tard ce sang se résorbe, et les phénomènes de réparation se font, en tout semblables à ceux que nous avons décrits à propos des plaies tendineuses; il y a régénération, à moins que les deux extrémités rompues ne soient trop éloignées; dans ce cas, elles se cicatrisent séparément.

La rupture se reconnaît à une douleur vive, subite, que le malade ressent après une violente contraction musculaire; parfois il perçoit un bruit sec semblable à celui d'un coup de fouet; au niveau des points douloureux, le doigt sent, sur le trajet du tendon, une dépression de plusieurs centimètres, une brèche véritable lorsqu'il s'agit d'un tendon aussi épais que le tendon rotulien ou le tendon d'Achille. Le sang accumulé crépite lorsqu'on l'écrase, et la peau qui recouvre le foyer ne tarde pas à prendre une teinte ecchymotique.

L'impotence fonctionnelle qui suit la rupture disparaît peu à peu lorsque la régénération du tendon s'opère. Mais elle persiste évidemment quand les deux bouts, trop éloignés, se cicatrisent d'une manière indépendante. Pour éviter ce résultat, il faut donner aux parties une attitude telle que l'affrontement des deux extrémités se fasse sans peine, et placer le membre dans un appareil inamovible. Si la cicatrisation des deux bouts est déjà faite, le chirurgien sera autorisé à chercher les deux extrémités, à les aviver, et à pratiquer la suture selon les procédés décrits dans notre précédent article.

5° LUXATION DES TENDONS

C'est une affection rare et qui ne s'observe guère qu'autour du cou-de-pied; le tendon des péroniers latéraux, celui du tibial antérieur sont à peu près les seuls qui en aient fourni des cas authentiques; il faudrait ajouter encore le tendon de la longue portion du biceps huméral. Sous l'influence d'un traumatisme violent, d'une chute d'un lieu élevé, un mouvement trop étendu au niveau de l'articulation amène une déchirure de la gaine, et le tendon quitte sa gouttière, son canal ostéo-fibreux.

Une douleur très vive, qui s'oppose à tout mouvement articulaire et qui simule celle de l'entorse, une ecchymose, une tuméfaction voilant à peine une dépression au point où existe normalement le

tendon, une saillie insolite au voisinage, la présence d'un cordon résistant, arrondi et mobile au milieu des tissus, sont des signes qui établissent le diagnostic. Souvent, il est vrai, le gonflement est tel qu'il est difficile de se rendre un compte exact de ces désordres anatomiques.

Le traitement est des plus simples : il consiste à réduire le tendon qu'on replacera dans sa gaine, puis on mettra un appareil inamovible jusqu'à cicatrisation de la gouttière ostéo-fibreuse. Les récidives sont fréquentes, et le tendon se luxe de nouveau à la moindre contraction musculaire exagérée. Aussi impose-t-on parfois au malade des appareils qui maintiennent la région et en limitent les mouvements. Lorsque l'accident est ancien, la réduction sera souvent impossible. On a essayé, dans ce cas, de créer au tendon une nouvelle gaine, mais ces entreprises sont délicates.

II

INFLAMMATIONS DES TENDONS

L'inflammation qui succède aux ruptures, aux plaies sous-cutanées, à la ténotomie, aboutit soit à la régénération tendineuse, soit à la cicatrisation indépendante des deux extrémités, trop éloignées l'une de l'autre pour se réunir, soit enfin à la suppuration. Cette dernière terminaison ne s'observe que s'il existe quelque tare organique, une dyscrasie grave ou lorsque des topiques irritants, la pénétration de substances septiques, des mouvements intempestifs, ont enflammé la plaie.

L'inflammation se produit assez souvent au fond des plaies exposées, surtout lorsque les bords en sont meurtris. Le tendon semble résister d'abord et conserve son aspect brillant et nacré, mais peu à peu il devient terné, grisâtre; il peut même se nuancer de rose; les capillaires ténus qui rampent dans les minces cloisons conjonctives se congestionnent, les cellules prolifèrent et des bourgeons charnus apparaissent qui ne tardent pas à s'unir à la membrane granuleuse des tissus environnants; une adhérence en est la suite, le tendon ne glissera plus dans sa gaine, et les mouvements seront enraidis.

Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires sont plus

intenses, du pus se forme dans la gaine, le tendon grisâtre et mat baigne dans un liquide ichoreux. Sa substance se désagrège, s'exfolie, se résout en une matière semblable à de l'étoffe mouillée et s'élimine; la perte de substance est plus ou moins étendue, le muscle d'où émanait le tendon devient impotent. Ces destructions s'observent surtout lorsque les tendons sont engainés, libres dans une grande longueur et sans mésotendons qui amènent des vaisseaux jusqu'à eux. Leur nutrition est des plus précaires et leur nécrose en est facilitée.

Dans les plaies contuses, déchiquetées, meurtries et lorsque le tendon lui-même a été touché par le traumatisme, il est souvent impossible d'en prévenir la mortification. Si les lésions sont moins graves, il faut modérer les phénomènes inflammatoires par un pansement antiseptique. Enfin, quand les lèvres de la blessure le permettent, on tentera la réunion immédiate de la peau sous-jacente afin de recouvrir le tendon des parties molles, ce qui pourra conjurer une exfoliation. Lorsque des adhérences se sont formées entre le tendon et sa gaine, le massage, les frictions, les mouvements méthodiques peuvent relâcher les brides fibreuses. On devra essayer de ces moyens avant de se hasarder à la libération du tendon par une opération chirurgicale dont le résultat est incertain.

III

TUMEURS DES TENDONS

Elles sont infiniment rares, et les cas de *fibromes*, de *sarcomes*, d'*épithéliomas* et de *carcinomes* qu'on a pu mentionner, se rapportent plutôt à des néoplasmes de la gaine. Au niveau du tendon lui-même, nous ne signalerons que certaines infiltrations, de petites nodosités étudiées par Gubler chez les saturnins. Nous avons parlé des *ossifications* des tendons, physiologiques dans certaines espèces, et l'on connaît les aiguilles osseuses qui, chez le poulet, s'insinuent dans les tendons des pattes.

Les *tumeurs syphilitiques* sont moins exceptionnelles : elles sont constituées par de petits nodules gommeux qu'on trouve dans les gros tendons, le tendon d'Achille et le tendon du biceps fémoral en particulier. La structure du néoplasme est mal connue : tantôt

il s'agirait d'une hyperplasie conjonctive, d'une sclérose véritable; tantôt la surface embryonnaire de formation nouvelle s'ossifierait pour donner naissance à des os sésamoïdes; tantôt enfin on aurait un dépôt blanc jaunâtre situé au centre ou à la surface du tendon, et dont le tissu rappelle celui de la gomme. Ces tumeurs en auraient l'évolution. On sentirait sur l'un des tendons indiqués, une petite tumeur dure, élastique, et obéissant aux mouvements des muscles. Le néoplasme ne tarde pas à se ramollir; il adhère aux téguments, qui rougissent et s'ulcèrent, et la matière bourbillonneuse s'évacue. Un traitement antisyphilitique peut en arrêter la marche et provoquer la résorption de la gomme, qui s'opère sans rétraction consécutive du tissu infiltré.

CHAPITRE XII

AFFECTIONS DES OS

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous ne nous étendrons pas sur les *contusions* et les *plaies* des os, *piqûres* et *coupures*; ces accidents sont rares et leur histoire est mal connue. Mais nous étudierons les *fractures*, leur mode de consolidation, la formation et les maladies du *cal*.

PLAIES DES OS

Les instruments *piquants*, fleurets, baïonnettes, couteaux à lame étroite, canifs pour les os superficiels, peuvent atteindre le squelette et produire des désordres variés. Si des corps étrangers n'ont pas été introduits dans la plaie, si la région est immobilisée, si l'orifice cutané est oblitéré avec soin, la guérison est souvent rapide; il n'y a