

tiquée de bonne heure, on réussit à arrêter la propagation de l'inflammation à la gaine tendineuse. Lorsque la phalange est déjà frappée de nécrose sur une certaine étendue, et que la tuméfaction phlegmoneuse des parties molles est très persistante, on fera bien de ne pas pousser trop loin la conservation, surtout si la phalangette seule est affectée; on pratiquera alors soit l'amputation, soit la désarticulation, et à l'aide d'un ostéotome, on enlèvera encore au besoin la partie malade de la phalange que l'on veut conserver. — L'arthrite fongueuse des doigts sera traitée par l'immobilisation et la compression. Ce qui remplit le mieux cette double indication, c'est un pansement compressif au sparadrap. Mais ici encore, on ne laissera pas le malade des années en traitement pour lui conserver peut-être, dans le cas le plus favorable, une phalange raide qui ne peut lui être d'aucune utilité. On se gardera donc bien de reculer par trop, dans ces affections, le moment de l'amputation.

*Dans toutes les affections des doigts qui peuvent donner lieu à un état de roideur ou d'ankylose de ces derniers, on ne doit pas oublier qu'un doigt raide dans l'extension, loin de pouvoir être utilisé, est une cause de gêne fonctionnelle pour le reste de la main. L'attitude en flexion modérée est celle qui convient le mieux, au point de vue des fonctions de l'articulation ankylosée.*

§ 125. — Nous avons déjà fait remarquer que, dans aucune autre partie du corps, l'inflammation des gaines tendineuses et des tendons, ou **ténosynovite**, n'a autant d'importance qu'à la main et aux doigts, à cause de la gravité de l'affection elle-même et des conséquences qu'elle entraîne au point de vue fonctionnel. Toutefois, sous ce rapport, les diverses formes de ténosynovite n'ont pas toutes la même gravité. Nous avons déjà mentionné la forme aiguë qu'il n'est pas rare d'observer le long des tendons extenseurs du pouce, et que l'on a décrite sous le nom de **ténosynovite crépitante** (tenalgia crepitans). VOLKMANN la compare avec assez de justesse à la pleurésie sèche, et lui donne aussi cette épithète. Cette affection guérit toujours, de façon que les tendons glissent de nouveau librement dans leurs gaines.

RIEDEL, dans ces derniers temps, a attiré l'attention sur une forme séro-fibrineuse de la ténosynovite, laquelle, d'après les communications de cet auteur, intéresserait essentiellement le tendon fléchisseur, au niveau de la première phalange. Cette dernière devient tout à coup le siège d'une tuméfaction très douloureuse qui intéresse surtout le côté de la flexion, dans la région où se trouvent les petits liens de fixation des tendons (*vincula tendinum*). Le mouvement de flexion de la dernière phalange est limité. Dans un cas où il pratiqua de bonne heure une incision, RIEDEL constata un fort gonflement de ces petits liens tendineux, tandis que la gaine du tendon était remplie de fibrine ayant la consistance d'une gelée. Dans les autres cas, la douleur avait persisté en dépit du traitement, bien que la tuméfaction eût diminué, et il était resté une gêne dans les mouvements de la première phalange. Une incision démontra que les tendons avaient conservé leur surface lisse, mais que les *vincula tendinum* avaient dégénéré en replis épais hyperémiés qui entouraient le ten-

don et formaient un bourrelet saillant au dehors de la plaie d'incision de la gaine tendineuse. Dans les cas de ce genre on aura recours à l'application de révulsifs tels que les badigeonnages de teinture d'iode, aux enveloppements compressifs et au massage. Si la douleur et la gêne des mouvements ne cèdent pas à ce traitement, on pratiquera une incision, suivant le conseil de RIEDEL, et l'on mettra fin à ces symptômes par l'excision des replis tuméfiés.

Des altérations souvent très sérieuses se produisent parfois dans les gaines tendineuses, à la suite de processus inflammatoires de la main, altérations semblables à celles que l'on observe dans les articulations, sous l'influence d'une *immobilisation prolongée*. Elles donnent lieu à des synéchies étendues ou partielles du tendon avec sa gaine, et par conséquent, à une raideur plus ou moins marquée du doigt. Prévenir ces altérations qui entraînent des troubles fonctionnels graves, est une tâche des plus difficiles de la chirurgie du membre supérieur. Pour la remplir, on fera bien attention à l'attitude du membre, on évitera de fixer les doigts dans l'extension, on changera souvent leur position dans l'appareil, on aura soin, pendant la durée de l'immobilisation, de les soumettre à des mouvements passifs, et bientôt aussi on prescrira au malade d'exercer activement, de temps en temps, au moins l'un ou l'autre doigt; d'autre part, on cherchera à faire disparaître les conséquences du repos prolongé de la main par des mouvements passifs, par la rupture des synéchies articulaires et tendineuses dans l'anesthésie chloroformique, par les bains chauds, les mouvements actifs et l'électricité. Malheureusement, ces divers moyens de traitement ne donnent souvent aucun résultat.

VOGT mentionne des inflammations séreuses des gaines tendineuses d'origine blennorrhagique. On les observerait principalement sur le dos de la main. Avec VERNEUIL, il admet également une ténosynovite d'origine syphilitique, ayant son siège de prédilection dans les gaines des tendons extenseurs des doigts, et caractérisée par une tuméfaction circonscrite avec douleur à la pression et gêne fonctionnelle assez notable.

La **tuberculose des gaines tendineuses** connue et décrite en France, depuis longtemps, n'a été le plus souvent que mentionnée par les chirurgiens allemands; dans ces dernières années elle a été étudiée par FALKSON et BEGER. J'ai, pour ma part, observé un assez grand nombre d'affections de ce genre, et je vais donner ici brièvement le résultat de mon expérience clinique. En beaucoup de points je me trouve d'accord avec les auteurs que je viens de citer.

Ce que nous devons rappeler ici, en premier lieu, c'est qu'aux doigts, par exemple, la tuberculose des gaines tendineuses est *secondaire*, dans la plupart des cas. Un fait absolument certain et connu de tous les chirurgiens, c'est que, dans la majorité des cas, une affection évidente de la phalange ou de l'articulation précède la tuméfaction des gaines tendineuses, et que ces dernières sont envahies par un processus tuberculeux offrant les mêmes caractères que dans l'os et la cavité articulaire. Ce qui évidemment est moins connu, c'est que les formes de tuberculose digitale qui présentent les caractères d'une tumeur, et qui, en apparence,

ne sont pas en relation avec une affection osseuse ou articulaire, ou du moins ne s'accompagnent d'aucun gonflement ou trouble fonctionnel des articulations, peuvent en réalité provenir de petits foyers osseux. Plusieurs fois déjà il m'est arrivé, en extirpant de la gaine tendineuse d'un doigt une masse tuberculeuse en forme de tubérosité, ou plus tard dans le cours d'une nouvelle opération pour récurrence, de trouver à la base de la phalange de petits foyers fongueux ouverts ou non dans l'articulation.

En ce qui concerne les caractères anatomiques de la tuberculose des gaines tendineuses, on peut dire qu'en général ils ne diffèrent nullement de ceux des arthrites tuberculeuses. Cependant on observe plus rarement les formes suppurées proprement dites et les formes caséuses avec production abondante de granulations molles; le plus souvent dans ces cas il s'agit d'une tuberculose secondaire provenant de l'articulation. Mais ce qui est tout à fait caractéristique pour la ténosynovite tuberculeuse, c'est cette forme particulière que, dans notre livre sur la tuberculose des os et des articulations, nous avons décrite sous le nom compréhensible mais non absolument caractéristique, d'*hydropisie tuberculeuse*. Tantôt il s'agit d'un épanchement séreux avec peu de fibrine et tuberculose diffuse de la gaine tendineuse sous la forme de tout petits nodules, tantôt on a affaire à un contenu formé surtout de grains riziformes. Plus nous avons opéré de cas d'hygroma de ce genre affectant la bourse séreuse du poignet (voir § 99), et plus nous avons pu nous convaincre qu'il s'agit presque sans exception d'une tuberculose. Ce qui précisément est particulier à la tuberculose, c'est la production de cette variété bien connue d'épanchement avec tendance à la coagulation et à la formation de grains riziformes. La forme tuberculeuse de la tuberculose qui est caractéristique pour les gaines tendineuses, doit, selon nous, son origine à cette particularité. On sait, en effet, qu'à côté de la tuberculose diffuse, avec épanchement séreux et grains riziformes, on observe dans les gaines tendineuses et les sacs séreux de la main, une variété d'affection tuberculeuse se présentant sous la forme d'une tumeur. On trouve alors la gaine tendineuse remplie d'une masse sèche, de coloration rouge brunâtre, que nous avons décrite ailleurs pour les articulations, et qui est constituée par un tissu conjonctif, jeune, parsemé de nombreux tubercules, ou bien on rencontre une assez grosse tumeur de même nature insérée sur la paroi de la poche synoviale. Plusieurs fois déjà nous avons extirpé de la bourse séreuse des fléchisseurs, une tumeur de ce genre grosse comme une noix, et même, dans un cas, du volume d'un œuf de pigeon; parfois la tumeur s'étendait de là jusque dans les gaines des fléchisseurs des doigts. Des cas analogues ont été décrits aussi par FALKSON et BEGER. On peut conclure par analogie, avec les altérations observées dans les articulations, que le développement de ces tumeurs est dû à l'organisation de la fibrine coagulée en tissu conjonctif parsemé de tubercules. La première

période de cette affection consistait donc sans doute aussi en une tuberculose diffuse, avec dépôt de fibrine coagulée adhérente à la paroi du sac synovial.

Ces différentes formes de tuberculose peuvent s'observer, à l'occasion, dans toutes les gaines tendineuses des doigts. Elles se développent le plus souvent dans le sac séreux de la paume de la main et la partie digitale de la gaine des fléchisseurs; cependant on les rencontre également dans la gaine des extenseurs. Parfois l'affection tuberculeuse est très étendue et occupe tout le domaine des fléchisseurs ou des extenseurs; elle peut même envahir à la fois les deux mains, comme l'a rappelé FALKSON, et comme nous l'avons nous-même observé plusieurs fois.

En général, le traitement opératoire donne de bons résultats. Par de grandes incisions on extirpe autant que possible tout le tissu tuberculeux, et l'on traite la plaie par des substances désinfectantes (acide phénique, sublimé); puis on frotte d'iodeforme toutes les surfaces malades, et après avoir pratiqué la suture et le drainage, on applique un pansement antiseptique. J'ai obtenu plusieurs fois la guérison du processus tuberculeux à la suite de cette opération. Le pronostic, au point de vue fonctionnel, n'est pas non plus aussi mauvais qu'on pourrait le supposer, car dans beaucoup de cas le tendon reste intact au milieu des tissus malades. Dans d'autres cas, il est vrai, les fibres du tendon se désagrègent, mais rarement au point que ce dernier se trouve interrompu dans sa continuité.

§ 126. — L'affection de beaucoup la plus grave que l'on observe dans le domaine des tendons et de leurs gaines, c'est l'inflammation suppurée, la *tendovaginite* ou *ténosynovite aiguë suppurée*.

Cette affection est due dans presque tous les cas à la pénétration d'agents septiques dans la gaine tendineuse. Cette pénétration s'opère assez souvent au moment où le tendon a été blessé par un instrument piquant, ou bien la suppuration de la gaine tendineuse vient compliquer une large plaie accidentelle ou opératoire, par exemple une plaie d'amputation. La plupart des suppurations des gaines tendineuses que nous avons l'occasion d'observer, sont dues à la perforation dans leur intérieur du phlegmon suppuré que nous aurons à décrire sous le nom de panaris. Une infection de la gaine du tendon peut être due également à la perforation d'une arthrite inter-phalangienne (voir § 124).

La disposition anatomique des gaines tendineuses est favorable à la diffusion du processus inflammatoire. Ce dernier reste le plus souvent limité à la base de la première phalange, lorsqu'il intéresse la gaine des fléchisseurs de l'index, du médius et de l'annulaire; par contre, on sait que la gaine des fléchisseurs du pouce principalement, et souvent aussi celle du petit doigt, grâce à leur libre communication avec la grande bourse séreuse de la paume de la main, exposent davantage le malade à la propagation du processus dans cette direction, et même jusque dans