

le droit de penser ou bien que deux collections voisines se sont à un moment donné pénétrées, ou bien qu'une seule et unique lésion tuberculeuse a poussé au loin des bourgeons qui ont produit à côté une nouvelle cavité ne communiquant pas ou communiquant avec la première par un orifice étroit.

Les abcès tuberculeux n'ont point de siège essentiellement privilégié. Partout où le tissu cellulaire est lâche et abondant ils se développent, surtout dans les points exposés aux pressions ou aux chocs. Les racines des membres, les parois thoraciques, la région dorsale, sont plus exposées, et sur ces parties il sera quelquefois difficile d'affirmer dès le début si les côtes ou les extrémités des os longs, par une lésion tuberculeuse dont elles auraient été frappées, n'ont pas été le point de départ.

Cependant il est certain que le point le plus délicat dans le diagnostic est de reconnaître une lésion franchement tuberculeuse quand elle est limitée, et de ne pas la confondre avec une gomme syphilitique.

La gomme syphilitique est aussi taillée à pic, à fond grisâtre. Des deux côtés l'aspect diffère peu. Quelques points jaunâtres disséminés sur des bourgeons charnus, anfractueux, appartiennent plutôt à la gomme tuberculeuse. Au surplus, la marche très lente et la nature du pus grumeleux sont des caractères qui permettront en général de reconnaître le tubercule. La recherche histologique du bacille de Koch fournira toujours un critérium inéluctable.

**Traitement.** — Le traitement des abcès froids doit en principe s'inspirer de la nature spéciale qu'on lui reconnaît aujourd'hui.

Autrefois on s'en préoccupait fort peu et l'évacuation du pus seule fixait l'attention. Les incisions, le drainage, les sétons, les ponctions répétées étaient comparés entre eux et discutés. On accordait en général peu de faveur à l'incision, qui exposait aux accidents septiques en mettant le foyer en contact avec l'air.

Aujourd'hui deux méthodes restent en présence : la destruction rapide du foyer ou bien sa modification par des liquides injectés. Inciser largement, gratter avec la curette les fongosités qui tapissent la paroi ; panser ensuite avec des substances antiseptiques : gaze phéniquée, iodoforme.

Chercher, après le grattage, à obtenir une réunion par première intention au moyen d'une suture bien faite.

Telles sont les opérations de choix quand on juge nécessaire de recourir à une opération sanglante.

Mais il est des régions exposées où la chirurgie se préoccupe à juste titre d'obtenir une guérison sans cicatrice sur la peau. Il faut donc souvent chercher à modifier les tissus envahis sans les ouvrir. Pour cela les injections répétées d'éther iodoformé dans l'abcès, sans incision ni ponction préalable, semblent très indiquées (Verneuil), et pour notre

part, nous avons à enregistrer plusieurs succès même pour des collections purulentes assez étendues.

Si déjà la peau est très amincie, la ponction suivie des mêmes injections d'éther iodoformé sont encore très utiles.

On ne peut attribuer à l'iodoforme seul la propriété de modifier les tissus malades. D'autres substances, comme la teinture d'iode, méritent une mention. Mais la teinture d'iode sera plus utile à la fin de la cicatrisation pour obtenir le dernier travail de réparation, qu'au début où une réaction limitée est nécessaire surtout quand la peau est amincie et par conséquent sur le point de disparaître.

Si l'abcès froid est l'expression locale de la tuberculose, il doit plus que toute autre lésion bénéficier d'un traitement général : on devra donc relever la nutrition languissante et recourir pour cela aux analeptiques et aux toniques de toute nature capables d'obtenir ce résultat nécessaire pour transformer le terrain morbide et le rendre impropre à l'évolution bactérienne.

#### ARTICLE II. — LÉSIONS CHIRURGICALES DES SÉREUSES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Toutes ces cavités closes n'étant en réalité, ainsi que nous l'avons vu, que des condensations du tissu connectif et des dilatations de ses lacunes dues à des pressions, à des frottements normaux ou accidentels, on les trouvera partout où ces conditions de production peuvent se rencontrer. Partout où le tissu connectif lâche sous-cutané ou sous-aponévrotique est soumis à des chocs répétés, chez les artisans par exemple, des *bourses séreuses* se formeront. Leur siège et leur forme varieront avec la nature du travail exécuté et avec la forme de l'instrument manié. Partout où les tendons passeront sur des renflements osseux et éprouveront des frottements, il se développe sur leur longueur et autour d'eux, au niveau de ces points de résistance, une cavité séreuse étendue en longueur, dite *gaine synoviale tendineuse*. Ici encore l'on conçoit que la marche, les exercices du corps, les pressions extérieures doivent exagérer la longueur de ces séreuses, et quand deux d'entre elles viennent en contact, elles pourront communiquer. Il en sera de même quand une séreuse tendineuse se trouvera à la périphérie d'une articulation, les mêmes causes la feront communiquer avec la synoviale articulaire soit directement, soit surtout par l'intermédiaire des culs de-sac périphériques de celle-ci.

La structure de toutes ces cavités séreuses est la même ; elles sont formées par une lame conjonctive condensée et tapissées par un endothélium identique à celui qui recouvre les lacunes du tissu connectif. Ce revêtement endothélial n'est pas continu ; souvent il est interrompu

par places, et quand survient une exagération de pression dans la circulation avoisinante, l'endothélium protecteur ayant disparu, des épanchements peuvent se faire dans la cavité; épanchements séreux ou sanguins suivant que les capillaires qui nourrissent leurs parois ont ou n'ont pas résisté. Lorsque les phénomènes inflammatoires sont aigus et que leur résolution est prompte, la résorption des liquides est facile, et souvent la guérison se fait par adossement et soudure des parois privées de leur endothélium. Lorsqu'au contraire l'inflammation est chronique, que par suite l'épanchement persiste, les parois connectives s'épaississent, deviennent dures; leur adossement n'est plus possible, la cavité virtuelle normalement, comme dans toutes les séreuses, reste dilatée, et alors même que le liquide épanché est évacué au dehors, en raison du vide relatif qui se produit dans la cavité, l'épanchement récidive rapidement.

#### § 1. — Affections des bourses séreuses.

Les *bourses séreuses* peuvent être soumises à toutes les *lésions mécaniques* qui atteignent les tissus de l'économie; elles peuvent être comprises dans les plaies par *instruments piquants* ou *tranchants*. Dans ces cas, leurs blessures ne présentent aucun caractère particulier. Elles participent absolument aux conditions des lésions du tissu connectif dont elles dérivent et aux accidents déterminés par les différentes infections qui peuvent les compliquer. Comme pour toutes les plaies de cette nature, il faut s'efforcer d'obtenir la réunion immédiate et user de la méthode aseptique aussi longtemps que possible.

Les *contusions des bourses séreuses* pouvant être rapides et instantanées ou lentes et progressives, les lésions produites seront en rapport avec ces mécanismes producteurs. Si l'action contondante est suffisante pour rompre les petits vaisseaux ou les capillaires qui entourent les parois de la cavité séreuse, il s'y produira un épanchement de sang rapide et presque instantané. Ce sera le même mécanisme que celui que déjà nous avons étudié dans le chapitre des contusions en général: le sang, au lieu de fuser dans les lacunes du tissu connectif, distendra la bourse séreuse, qui n'est, ainsi que nous le savons, qu'une lacune connective dilatée. La peau prendra les différentes teintes de l'ecchymose; le plasma du sang épanché se résorbera, le liquide deviendra plus épais, la palpation, qui d'abord donne une sensation de fluctuation, fait percevoir ensuite celle de neige, puis celle de grumeaux. La résorption continuant à se faire et les globules eux-mêmes perdant leur plasma, il finit par ne rester dans la cavité que de petites masses dures colorées plus ou moins par de l'hématine; derniers vestiges du sang extravasé, elles peuvent jouer plus ou moins le rôle de corps étrangers et prédisposent la bourse séreuse, sous l'influence de violences extérieures nou-

velles, à des récidives d'épanchement séreux par l'irritation permanente qu'elles exercent.

Tous ces épanchements séreux ou sanguins ne sont jamais graves s'ils restent modérés; quand au contraire ils sont abondants, par la pression excentrique qu'ils exercent sur le tissu connectif ambiant et sur les petits vaisseaux, ils peuvent entraîner une inflammation et même amener des phénomènes d'étranglement. La tumeur devient alors douloureuse, la peau elle-même est tendue, violacée; le liquide qui y est contenu passe à la suppuration, et deux cas peuvent se produire; ou bien la paroi cédera, la peau s'ulcérera et la poche se videra au dehors, ou bien encore la paroi cédera, mais les téguments résisteront, et le liquide passera dans le tissu connectif ambiant, sous-cutané si la bourse est sous-cutanée, intermusculaire si elle est sous-aponévrotique; d'où menace d'un phlegmon plus ou moins diffus et dangers inhérents aux phlegmons. Il pourra se faire néanmoins que cette dissémination des liquides sur une plus grande surface absorbante, en raison des relations d'origine du système lymphatique avec le tissu connectif, favorise la résorption des épanchements et amène ainsi la guérison.

Les mêmes phénomènes se produiront quand la contusion aura porté sur une bourse séreuse déjà distendue par des liquides dus à une inflammation ancienne.

Lorsqu'une *plaie contuse* aura atteint une bourse séreuse, la réunion par première intention n'étant pas possible en raison de l'élimination nécessaire des parties mortifiées, il faudra s'attendre à la suppuration. Mais les anfractuosités de la poche cavitaire faciliteront la rétention du pus, l'inflammation gagnera la trame connective ambiante, et si quelque virus septique vient contaminer la plaie, tous les accidents d'infection seront d'autant plus à craindre que les produits de décomposition seront plus directement en contact avec les origines lymphatiques, apanage des tissus connectifs.

**Traitement.** — Dans les cas de contusion comme dans ceux de plaies contuses des bourses muqueuses, le moyen préventif de l'inflammation devra consister surtout dans l'immobilité du membre; on évitera ainsi tous les frottements, toutes les compressions qui sont d'autant plus à craindre que l'existence seule des bourses séreuses prouve que la région atteinte y est plus prédisposée. A l'immobilité on adjoindra les applications froides et aseptiques. Dans les cas de plaies contuses surtout, la méthode listérienne sera de rigueur absolue. Si malgré tout cela le pus vient à fuser le long du membre soit sous la peau, soit sous les aponévroses, le traitement sera celui de l'accident produit, celui du phlegmon (voir page 383).

### Hygroma.

On donne le nom d'*hygroma* à l'inflammation des bourses séreuses ; elle peut être aiguë ou chronique.

A. *Hygroma aigu*. — Une contusion violente, une inflammation des tissus voisins, une lymphangite du membre, qu'elle ait son origine plus ou moins loin, qu'elle soit déterminée par une excoriation, une plaie ou même un furoncle, une arthrite de quelque nature qu'elle soit, si elle a son siège dans une séreuse articulaire en rapport de continuité ou de contiguité avec les bourses séreuses, pourront donner naissance à l'*hygroma aigu*.

La peau est rouge, la douleur à la pression est vive, la région est gonflée en raison de l'inflammation à laquelle participe plus ou moins le tissu cellulaire ambiant. Puis survient un épanchement que l'on reconnaîtra par la fluctuation. Si la résorption se fait, tout se passe comme nous l'avons dit plus haut ; si l'inflammation ne rétrocede pas, le gonflement de la région augmente, les tissus voisins s'enflamment et s'engorgent, la suppuration s'établit avec les dangers que nous avons indiqués.

Les connaissances anatomiques et les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer ne permettent pas de se tromper sur la nature de l'affection. Au point de vue de la gravité de l'accident et de la guérison, il faut tenir grand compte de la température du blessé ; dès que la fièvre s'allume il est à craindre de voir la suppuration s'établir.

**Traitement.** — Prévenir les accidents par l'immobilité, par les anti-phlogistiques et les émoullients. Une fois la fièvre allumée et la présence du pus constatée, s'empresse de lui donner une issue facile pour éviter le phlegmon. Introduire un drain, laver largement par des injections répétées avec les liquides aseptiques le fond de la poche ; appliquer en un mot la méthode de Lister.

B. *Hygroma chronique*. — Nous en avons étudié déjà la pathogénie, nous n'avons donc pas à y revenir ; la bourse séreuse qui y est le plus prédisposée est la bourse prérotulienne soumise à des contusions répétées dans toutes les professions où, pour une cause quelconque, la position à genoux est fréquente (frotteurs, raboteurs de parquet, gens d'église) ; la bourse olécraniennne a été signalée comme souvent atteinte chez les tailleurs de meules. Il est impossible de faire ici une étude détaillée de toutes les différentes conditions dues aux différents métiers qui peuvent déterminer l'affection sur tel ou tel point du corps, car les différents métiers nécessitant des pressions sur des points variés détermineront des bourses séreuses professionnelles qui peuvent s'enflammer chroniquement tout comme les bourses séreuses normales.

Ainsi que nous l'avons dit et qu'il est aisé de le comprendre, l'inflam-

mation chronique des bourses séreuses occasionne l'induration de la paroi de la cavité par condensation du tissu connectif ambiant et hypergénèse de ses éléments. De tissu lâche qu'il était il devient tissu compact, étalé en membranes d'autant plus résistantes que l'inflammation aura plus duré ; ces parois membraneuses pourront à la longue devenir fibreuses et de consistance presque cartilagineuse. Il n'est pas très rare d'y voir des plaques calcifiées (voir pour le processus, page 34, *Calcification*). Quand on vient à ouvrir une de ces poches de volume quelquefois très considérable, on voit souvent sur sa surface lisse, dans les cas habituels, des places recouvertes de végétations plus ou moins pédiculées et prêtes à se détacher, ou déjà détachées et nageant dans le liquide. Ces petits corps dits *riziformes*, en raison de leur forme et de leur apparence, sont produits par la prolifération de la lame connective la plus interne de la paroi, prolifération très marquée surtout au niveau des points où l'endothélium a disparu. Le liquide au milieu duquel nagent ces corpuscules, quand ils existent, et qui distend toujours la poche est séreux, tantôt clair, incolore, tantôt citrin avec flocons albumineux. Si quelque capillaire s'est rompu récemment, il devient sanguinolent ; si cette rupture est ancienne, la sérosité est de couleur brunâtre, plus épaisse et filante. Quand une poussée inflammatoire aiguë est venue à un moment s'enter sur l'inflammation chronique, il y a transformation du liquide en pus. De même que partout où se produit une hypertrophie et une hypersécrétion, il est de toute évidence que les vaisseaux seront dilatés dans les parois des hygromas chroniques.

L'*hygroma chronique* se développe lentement, presque sans douleur ; il ne gêne pas les mouvements, ou s'il les gêne, ce n'est que par son voisinage et par la difformité qu'il constitue. Dans certains mouvements, il occasionne une certaine douleur due au tiraillement des filets nerveux cutanés qui passent au-dessus de lui ; dans les flexions du genou par exemple, quand l'*hygroma prérotulien* est très volumineux. La tumeur est mobile, indolore à la pression, fluctuante d'ordinaire, sauf dans les cas où la paroi est très épaissie et calcifiée, la sensation de fluctuation ne saurait alors plus être perçue, et l'on peut croire avoir affaire à une tumeur solide, mais sa mobilité, son mode de développement, les connaissances anatomiques, la profession du malade et au besoin une ponction exploratrice lèveront les doutes. Il est bon de ne pas oublier aussi que la peau qui recouvre la tumeur a dû également être soumise aux mêmes pressions qui ont déterminé la formation de l'*hygroma*. Aussi la trouve-t-on toujours à ce niveau indurée et épaissie, avec un épiderme squameux.

On a vu des hygromas chroniques soumis à une violence brusque se rompre sous le choc (bossu de Chassaignac), et guérir par résorption du liquide épanché au loin. Mais il ne faut pas compter sur ces chances heureuses, car, abandonné à lui-même, l'*hygroma chronique*

n'a et ne saurait avoir aucune tendance à la guérison spontanée.

**Traitement.** — Si la tumeur est de date récente, si les parois en sont encore minces, on pourra tenter l'emploi des révulsifs, vésicatoires répétés et mieux encore pointes de feu, sans trop y compter. Bien moins encore faut-il faire quelque fond sur les topiques de quelque nature qu'ils soient, et cependant j'ai obtenu des succès par les applications longuement répétées de teinture d'iode; il est vrai qu'il s'agissait d'hygromas très récents.

Il faut donc s'adresser aux procédés chirurgicaux, qui consistent, soit à vider la poche et à obtenir la soudure de ses parois, soit à la détruire.

On a ponctionné la tumeur, mais le liquide, ainsi que nous l'avons expliqué, se reproduit rapidement; on a ponctionné et injecté soit du vin, soit de la teinture d'iode comme pour l'hydrocèle, les résultats ont été bons dans les tumeurs récentes et nuls dans les tumeurs anciennes, alors que la coque est très épaisse.

On a incisé, soit au couteau, soit au thermo-cautère. L'incision au couteau était complétée par l'irritation des parois au moyen de bourdonnets de charpie dont on bourrait la cavité; la méthode était rationnelle, les bourgeons charnus se développaient, mais l'antisepsie n'étant pas encore inventée, des accidents graves survinrent dans quelques cas. L'incision au thermo-cautère, d'origine récente, n'est qu'une modification de la précédente manière d'agir; l'avivement de la face interne se fait avec le couteau au rouge sombre, et l'on panse par les méthodes aseptiques.

Un procédé intermédiaire entre les précédents et la méthode de destruction de la poche consiste dans le séton passé à travers ses parois détruites par la longue suppuration établie; ce procédé est abandonné, il expose à trop d'accidents d'infection.

Pour détruire la tumeur on l'a enlevée en totalité, et même, on ne sait trop pourquoi, on enlevait la peau avec l'hygroma; puis on a proposé de l'énucléer en totalité ou en deux moitiés après incision préalable. Ce procédé rationnel a cependant donné des mécomptes, en raison du voisinage des synoviales articulaires dans certains cas d'hygromas.

Enfin, pour parer à ces accidents possibles, Volkmann a proposé ce qu'il appelle l'*abrasion* de la tumeur. Son procédé consiste à inciser la peau, à mettre la partie périphérique de la tumeur à nu, sur une étendue périphérique de 1 à 3 centimètres, à inciser la poche dans cette étendue, à la vider soigneusement, à enlever les appendices pédiculés ou non qu'on rencontre sur sa surface, à la râcler avec la curette, à y mettre un drain, à appliquer rigoureusement les pansements listériens, et à comprimer latéralement à l'incision avec des compresses graduées et phéniquées pour obtenir l'adossement des parois.

Quelle que soit la méthode de traitement employée, il ne faut pas

oublier que l'adjuvant principal est l'immobilité et le repos absolu du membre.

## § 2. — Affections chirurgicales des gaines tendineuses.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, partout où les tendons sont exposés à des frottements autour des renflements osseux, le tissu ambiant se condense autour d'eux et leur constitue une bourse séreuse de glissement. Quand ils se trouvent situés dans des sortes de défilés ostéo-fibreux, les bourses séreuses fournies de la même manière se réfléchissent autour d'eux et leur forment une gaine séreuse qui tapisse les tendons sur toute la longueur de ce défilé, et peut en dépasser les limites. Cette disposition s'observe surtout au niveau des articulations du poignet et du pied, ainsi qu'au-devant des articulations des doigts et des orteils. Les gaines synoviales tendineuses ne sont pas connues depuis longtemps. Maslieurat-Lagémard décrit celles de la main, cette étude a été reprise récemment dans mon laboratoire par un de mes élèves, Dumont, qui en fit son sujet de thèse inaugurale. Celles du pied ont été décrites pour la première fois par moi-même à Strasbourg.

Lorsque l'on vient à ouvrir une gaine tendineuse, on s'aperçoit qu'en un point variable sur la périphérie du tendon et sur toute la longueur de la gaine existe un repli des plus minces, connu sous le nom de frein des tendons. Ce n'est là qu'un repli de la séreuse, que j'ai comparé à un véritable méso-tendon. Les deux extrémités de la gaine se terminent en cul-de-sac, toujours en rapport intime avec le tissu connectif voisin. Mais les tendons étant sous-aponévrotiques et le tissu connectif ambiant n'étant que la continuation du tissu intermusculaire, il en advient que dans le cas où ces culs-de-sac synoviaux viennent à se rompre, les liquides passent directement dans les gaines intermusculaires et peuvent sans obstacle remonter jusqu'aux insertions supérieures des muscles de la région.

D'autre part les gaines tendineuses tapissant tout le pourtour du tendon et étant par leur partie profonde en rapport immédiat avec les si nombreuses articulations de la main et du pied, peuvent d'une part participer aux affections chroniques des synoviales articulaires ou des os de la région, et d'autre part communiquer même avec ces synoviales si la paroi intermédiaire, le mur mitoyen, vient à être détruit, sous l'effort surtout de la pression des liquides accumulés dans les culs-de-sac périphériques des synoviales articulaires.

### A. — AFFECTIONS INFLAMMATOIRES.

De même que dans toutes les séreuses, les tissus étant les mêmes, les processus inflammatoires des gaines tendineuses débutent par la chute

de l'endothélium ; c'est au reste ce qu'ont démontré les expériences faites sur les animaux. Cette chute s'accompagnant d'une dilatation vasculaire et d'une exagération de la pression sanguine, on comprend aisément la formation d'un épanchement dans la gaine. C'est en effet ce qui se produit lorsque l'inflammation est franche et aiguë, qu'elle soit déterminée par une cause interne ou externe.

Toute contusion, et surtout tout effort violent subit, ou mieux encore continué pendant quelque temps par un mouvement forcé et répété, peut déterminer l'inflammation des gaines synoviales des tendons correspondants. Aux mains les gaines des muscles radiaux externes, aux pieds celles des péroniers latéraux, en raison de leur situation presque superficielle, semblent plus exposées que les autres, et cela d'autant plus qu'elles contournent le carpe et le tarse par un trajet spiroïde, et que dans leur partie supérieure elles sont d'autant plus vastes que les tendons des deux muscles congénères sont compris dans une gaine unique qui plus loin seulement se bifurque pour fournir un cul-de-sac à chacun d'eux. La nature de l'endothélium qui tapisse les synoviales tendineuses articulaires n'est pas absolument l'analogue de celle qui recouvre les grandes séreuses splanchniques, c'est plutôt une lame molle d'une substance amorphe englobant de petites cellules cartilagineuses (Renault de Lyon), se continuant directement avec la lame connective sous-jacente. Dans les cas où l'inflammation n'aura pas été assez active pour produire la chute de l'endothélium et par suite l'épanchement, la suractivité circulatoire pourra déterminer une hypergénèse des éléments cellulaires cartilagineux de la lame endothéliale ; d'où épaissement et rugosité de cette lame, frottement de ces surfaces dépolies, frottement qui deviendra sensible à la palpation et produira la sensation de maillons d'une petite chaîne frottés les uns contre les autres. Ce phénomène, caractéristique d'une forme de l'inflammation des gaines tendineuses connues sous le nom de *ténosite crépitante*, d'*ai*, est désigné sous le nom de *bruit de chaînons*.

1° *Ténosite aiguë avec épanchement*. — Toutes les gaines tendineuses peuvent être atteintes, mais les péroniers et les radiaux y sont surtout exposés. L'affection peut être primitive ou survenir comme conséquence de la ténosite crépitante. La peau qui recouvre les gaines participe à l'hypérémie, en raison de la connexion de la circulation du tissu conjonctif sous-cutané avec celle des gaines ; elle est rouge et chaude, les gaines se marquent au-dessous, distendues qu'elles sont par l'épanchement. Les filets nerveux des tissus hyperémiés sont comprimés, d'où une douleur vive moins forte au repos, mais très intense pendant les contractions légères des muscles correspondants ; la fièvre est intense. La résorption de l'épanchement peut se faire ou au contraire l'inflammation peut s'aggraver et la suppuration intervenir : dans ce dernier cas un véritable *phlegmon des gaines* est intervenu ; les culs-de-

sac supérieur et inférieur de ces synoviales peuvent se rompre et se perforer dans les interstices musculaires, comme déjà nous l'avons dit. A leur tour les tendons baignés par le pus, ne recevant plus de nutrition par les capillaires qui leur arrivent normalement par le méso-tendon de la gaine séreuse, s'exfolient, se nécrosent et s'éliminent.‡

Alors même que l'affection n'atteint pas ce degré extrême de gravité et que la résorption de l'épanchement se fait, les produits néo-formés dus à l'inflammation mettront un certain temps à disparaître, d'où une gêne plus ou moins grande des mouvements persistant quelque temps. Quand au contraire le phlegmon est intervenu, sans parler des conséquences dues à tous les phlegmons avec fusée purulente (voir *Phlegmon*), les tendons s'étant exfoliés, les produits néo-formés ayant fait des soudures entre les tissus connectifs voisins, il est de toute évidence que la gêne des mouvements persistera très longtemps, et même toujours.

La ténosite aiguë avec épanchement peut atteindre tout le monde, mais elle semble appartenir plus spécialement aux rhumatisants et aux goutteux. Elle peut aussi intervenir comme complication d'une arthrite, en raison des rapports de voisinage entre les synoviales articulaires et tendineuses. D'un autre côté on a rapporté certaines ténosites aiguës ou chroniques avec épanchement à des conséquences de la blennorrhagie, tout comme on l'a fait pour les inflammations des bourses séreuses et pour les arthrites. C'est là une question fort obscure que nous étudierons plus loin (voir *Arthrites*).

**Traitement.** — Il découle de ce que nous venons de dire. L'indication évidente est de combattre l'inflammation quand elle existe, et de faciliter la résorption de l'épanchement produit ; s'adresser pour cela aux résolutifs et aux émoullients, et insister surtout sur l'immobilisation des tendons, en d'autres termes sur le repos le plus absolu du membre atteint.

Quand le pus est produit, il importe de lui donner une issue aussi large et aussi hâtive que possible, pour éviter les fusées purulentes. Combattre ces dernières, si elles sont produites, par les incisions multiples, le drainage les bains, employés largement, les méthodes antiseptiques. Il faut l'avouer cependant, il est des cas extrêmes où les fusées purulentes, par suite de soins insuffisants et mal entendus, envahissent au loin, et où l'amputation s'impose.

2° *Ténosite crépitante. Ai*. — Après ce que nous avons dit plus haut sur le mode d'évolution de cette affection, il ne nous reste plus que peu de chose à ajouter.

L'inflammation étant moins intense que dans le cas précédent, l'épanchement ne se fait pas dans la gaine, la peau ne participe pas à l'inflammation, la douleur à la pression est faible, dans le repos des membres elle n'existe pas ; mais quand dans les mouvements le muscle