

Jobert). Pour mieux percevoir ce signe, on a conseillé de faire passer alternativement le muscle de l'état de relâchement à l'état de contraction (Soulé) (?).

En résumé, les caractères de la production morbide sont bien ceux d'une tumeur musculaire, surtout si elle est facilement accessible aux moyens d'exploration, mais ses symptômes les plus importants, fluctuation et frémissement, manquent souvent, surtout le dernier de ces signes.

*Symptomatologie.* — Les tumeurs des muscles offrent quelques caractères généraux que nous allons indiquer ici, et qui, dans un certain nombre de cas, peuvent servir à les diagnostiquer.

Tout d'abord elles ont un siège, une direction en rapport avec la forme d'un muscle connu; de plus, lors des contractions du muscle, elles l'accompagnent dans ses déplacements (Dupuytren, Warren, Nélaton, Denonvilliers, A. Desprès). Lorsque le muscle est relâché, la tumeur devient mobile dans le sens latéral; le muscle est-il contracté, la masse morbide reste dure et fixe (Warren).

On peut s'assurer que la tumeur est située dans l'intérieur du muscle « lorsque sa surface, facile à explorer pendant le repos, disparaît tout à coup et semble se cacher derrière des bandes résistantes quand le muscle entre en contraction ». (*Comp. de chirurgie.*)

Ces divers modes d'exploration, faciles quand il s'agit de tumeurs des muscles des membres, deviennent fort difficiles et même impossibles pour les tumeurs des muscles du tronc : aussi, dans ces cas, le diagnostic est-il toujours assez incertain.

*Diagnostic.* — Mais une tumeur musculaire étant donnée, peut-on en déterminer la nature? C'est là une question trop souvent impossible à résoudre, au moins actuellement, même après avoir fait une ponction exploratrice.

La circonscription de la masse morbide, son accroissement lent, sans retentissement général, pourrait faire penser à un angiôme, à un lipôme, à un fibrome, à un enchondrome, mais plus souvent encore à un abcès à marche lente ou à un kyste d'origine parasitaire; dans ces deux derniers cas, la ponction exploratrice et le frémissement hydatique pourraient permettre le diagnostic.

Une marche envahissante, un accroissement rapide de la tumeur sans ulcération, parfois l'engorgement des ganglions et surtout les antécédents ou l'état des parties voisines pourraient conduire à soupçonner un sarcome, un épithéliome ou bien un carcinome; ces deux dernières variétés de tumeurs étant presque toujours, pour ne pas

dire toujours secondaires. Quant aux myômes, ils semblent marcher comme des tumeurs malignes.

Les angiômes sont congénitaux ou accompagnés d'angiômes plus superficiels. Nous verrons plus loin le diagnostic des tumeurs syphilitiques des muscles.

*Pronostic.* — Toujours sérieux, surtout lorsqu'on a affaire à des tumeurs qui récidivent et se généralisent.

*Traitement.* — Il faut enlever la tumeur par une dissection attentive en sacrifiant une partie du muscle, ou bien, si l'on est en face d'une tumeur maligne siégeant aux membres, on doit avoir recours à l'amputation ou mieux à la désarticulation (A. Desprès).

Les kystes hydatiques doivent être incisés ou drainés; on ajoutera à ce traitement des injections excitantes ou antiseptiques.

*BIBLIOGRAPHIE.* — Parmentier, *Sur les tum. dites cancéreuses des muscles*, in *Union médicale*, 1861, t. XI, p. 403 et 421. — L. Vignes, *Des tumeurs dites cancéreuses primitives des muscles de la vie de relation*, th. de Paris, 1862, n° 114. — Teevan, *On Tumours of voluntary muscles*, in *British a. Foreign med. chir. Review*, vol. XXXII, p. 504, 1863. — Sick, *Zur Entwiklungsgesch. von krebs, eiter und sarcome*, etc., in *Arch. f. path. Anat.*, 1864, Bd XXXI, s. 265. — A. Desprès, *Des tumeurs des muscles*, th. d'agr. en chirurgie, Paris, 1866. — Orillard, *Et. sur les k. hyd. des muscles*, thèse de Paris, 1869, n° 279. — L. Buhl, *Wahres, recidivisendes Myom*, in *Zeitschrift f. Biologie*. Bd 1, s. 263, et *Centralblatt*, 1865, s. 916. — G. O. Weber, *U. die Betheilig. des Muskelkörperchen*, etc., in *Arch. f. path. An.* Bd. XXXIX, s. 254, 1867. — Tatum et Lockhardt Clarke, *Tumours in muscles in Holmés a syst. of Surgery*, 2<sup>e</sup> éd., vol. III, p. 639, 1870. — R. Volkmann, *Neubildungen, Geschw. der Muskeln*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. 2, s. 899, Erlang., 1872. — Cornil et Ranvier, *Tumeurs des muscles*, in *Man. d'hist. path.*, 2<sup>e</sup> partie, p. 492, Paris, 1873. — Sokolow, *U. d. Entwickl. des Sarcomes in den Muskeln*, in *Arch. f. Path. anat.*, Bd. LVII, L. 3 et 4, et *Rev. des sc. méd.*, t. II, p. 612, 1873. — C. Weil, *Beit. z. Kenntn. des Muskelkrebses*, in *Stricker's med. Jahrb.* 1873, H. 3, s. 285, et *Rev. des sc. méd.*, t. III, p. 127, 1874.

#### ART. IV. — LÉSIONS SYPHILITIQUES DES MUSCLES.

Signalées par Astruc, Petit-Radel, Lagneau et Ph. Boyer, les manifestations musculaires de la syphilis furent mieux étudiées par Ricord, Lisfranc et surtout par Bouisson, Notta, Nélaton et Robert (A. Desprès).

La syphilis des muscles donne lieu à trois phénomènes morbides que nous allons examiner : les douleurs, la myosite diffuse et les tumeurs syphilitiques (*Myosites gommeuses*).

§ 1. — Douleurs syphilitiques.

Tandis que Ricord et Follin en font un accident précoce, Bouisson pense qu'elles s'observent dans la syphilis invétérée.

Ces douleurs *rhumatoïdes* (Follin), vagues, mobiles, circum-articulaire, siègent sur le trajet des tendons et des muscles, et peuvent être suivies de contracture persistante.

§ 2. — Myosite diffuse et contracture syphilitiques.

Cette lésion appartient à la période tertiaire et résulte d'une *myosite fibreuse diffuse* (Volkmann) qui entraîne le raccourcissement du muscle atteint.

Cette myosite s'observe surtout sur les muscles fléchisseurs, en particulier sur ceux de l'avant-bras (Ph. Boyer, Notta, Ricord); le biceps, le sterno-mastoïdien en sont aussi atteints.

Le muscle malade est hypertrophié et infiltré par un exsudat qui ne tarde pas à détruire les fibres musculaires; celles-ci s'atrophient, et il en résulte une dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, et même osseuse du muscle. Pour Virchow, il s'agit d'une véritable sclérose du muscle.

*Symptômes.* — Au début, les douleurs sont peu vives, exaspérées par les mouvements; elles se font sentir au niveau des attaches tendineuses (Lancereaux); les muscles atteints sont durs et roides comme dans les myosites. C'est qu'en effet on a affaire à une myosite spécifique, aussi ne peut-on admettre que le raccourcissement ultérieur du muscle soit le résultat de la diminution de longueur du tendon musculaire (Notta).

La marche de l'affection est lente, insidieuse; la guérison est la règle; toutefois l'altération diffuse du muscle peut se terminer par une rétraction incurable.

Le *diagnostic* est facile, vu les commémoratifs; au début, on peut croire à des douleurs rhumatismales.

*Traitement.* — C'est celui de la troisième période de la syphilis.

§ 3. — Tumeurs gommeuses.

Elles se présentent sous forme de nodosités, siégeant dans la partie fibreuse du muscle; ces nodosités offrent d'ailleurs tous les caractères

histologiques des gomes (1). De couleur jaune ou grise, elles ont le volume d'une noisette, d'une noix, et même plus; renfermant une substance molle et visqueuse, elles peuvent devenir dures, puis se ramollir. Dans ce dernier cas, qui résulte de la métamorphose graisseuse des éléments cellulaires, on a admis à tort la suppuration de la gomme (Lancereaux).

Les gomes des muscles siègent de préférence dans le grand fessier, le trapèze, le sterno-mastoïdien, le triceps crural, le jambier antérieur, les jumeaux; on en trouve aussi dans la langue, les lèvres, le diaphragme, le cœur, etc. (Nélaton, Bouisson). Lancereaux pense qu'elles se développent de préférence vers les extrémités des muscles.

Les gomes donnent quelquefois lieu à des douleurs, à de la roideur dans les mouvements; elles constituent des tumeurs dures, résistantes, qui se ramollissent, mais qui peuvent aussi acquérir une dureté osseuse. Leur forme est globuleuse, elles peuvent avoir les dimensions d'une orange; à leur niveau, la peau offre longtemps sa coloration normale. Les variations de température, l'humidité peuvent les rendre douloureuses; elles sont parfois le siège de douleurs nocturnes; enfin elles offrent, comme toutes les tumeurs des muscles, une mobilité très-variable, selon que le muscle où elles siègent est relâché ou contracté.

Les troubles fonctionnels que déterminent les gomes varient fatalement avec le muscle qui est atteint; nous ne pouvons que les signaler ici.

La *marche* de cette lésion est lente, la gomme peut s'ulcérer et donner issue à une matière puriforme demi-liquide.

Le *diagnostic* résulte d'une étude attentive des antécédents, de la marche de l'affection, des lésions qui peuvent la compliquer ou plutôt coexister avec elle.

Le *prognostic* est toujours sérieux en raison de la cause et des altérations persistantes du muscle, si la lésion est méconnue pendant un certain temps (Nélaton).

*Traitement.* — On doit utiliser l'iodure de potassium et souvent un traitement mixte (Bouisson, Nélaton, Robert).

*BIBLIOGRAPHIE.* — Nélaton, *Tumeurs syphil. des muscles*, in *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 349. — Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphil. des muscles*.

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *Manuel d'histol. pathologique*, 1<sup>re</sup> partie, 186, 1869.

tendon qui tient au muscle, peut se déchirer et s'ulcérer (Follin), enfin les muscles antagonistes entraînent et maintiennent les parties lésées dans une situation anormale.

Une complication fatale des plaies tendineuses exposées, c'est la suppuration de leur gaine, lésion grave (1) pouvant entraîner des accidents de phlegmon diffus et nécessiter une amputation ultérieure.

Dans quelques cas enfin, malgré la réunion immédiate des tissus superficiels, les parties profondes de la plaie suppurent et il en résulte des accidents analogues à ceux que nous venons de décrire. Toutefois, comme l'inflammation a pu se limiter à la gaine synoviale, les tendons peuvent reprendre ultérieurement la faculté de transmettre les mouvements du muscle, sans trop tirailler les parties voisines.

Les sections obliques complètes produisent des accidents analogues, sinon identiques à ceux qui suivent les sections transversales; peut-être même en résulte-t-il une inflammation plus intense de la gaine tendineuse largement intéressée et des adhérences ultérieures plus développées.

Quant aux sections tendineuses incomplètes, si elles ne déterminent pas une abolition immédiate des mouvements, elles peuvent produire une gêne ultérieure, dans les cas où des adhérences se sont faites entre le tendon et les parties voisines intéressées.

B. Lors de *section sous-cutanée*, s'il ne survient pas d'inflammation violente avec suppuration, ce qui est tout à fait exceptionnel, les phénomènes qui se produisent sont assez différents de ceux que nous venons d'exposer jusqu'ici. Cependant on doit dire que si les deux extrémités du tendon divisé sont amenées au contact, elles se réunissent par première intention, comme cela arrive lorsque la cicatrisation de la plaie faite aux téguments et aux parties profondes se fait aussi par première intention; nous avons déjà signalé ce processus réparateur d'ailleurs assez rare, vu l'écartement presque fatal des deux bouts du tendon lésé.

Dans les plaies sous-cutanées les plus communes, par exemple celles qui succèdent à la ténotomie, la réunion des deux extrémités du tendon divisé se fait à l'aide d'un tissu de nouvelle formation d'abord mou, gélatiniforme, qui durcit plus tard et devient identique au tissu du tendon; en un mot, il y a *régénération* du tendon dans une certaine longueur.

(1) Voyez p. 360.

Comment se produit cette régénération, telle est la question qu'on a longtemps essayé de résoudre et sans grand succès.

Nous ne ferons que signaler : l'élongation active du muscle à la suite de la ténotomie (Stromeyer), ou bien la réunion immédiate des parties (Sédillot), opinions qui semblent admettre non la régénération, mais la simple réunion des tendons divisés sous la peau.

Tous les autres chirurgiens, au contraire, constatant l'écartement des bouts du tendon sectionné, admettent la régénération de celui-ci dans une certaine étendue, mais varient beaucoup quant au processus de réparation.

Ammon, Thierfelder, Bower, Jobert, font intervenir le sang épanché entre les deux extrémités du tendon coupé, et pensent que la réparation se fait à l'aide du liquide sanguin. Cette vieille opinion a été reprise et modifiée par les auteurs allemands qui admettent encore aujourd'hui l'utilité et même l'organisation du caillot sanguin (Pirogoff, Gerstoecher, Volkmann).

Adoptant les idées de J. Hunter sur la lymphe plastique, ou de Ch. Robin sur les blastèmes, Paget, Adams, J. Guérin, Follin, LeFort, Michel et Feltz (de Strasbourg), ont admis la production d'un exsudat, soit dans l'épaisseur de la gaine du tendon, soit dans cette gaine elle-même, puis l'organisation de cet exsudat en cellules d'abord arrondies puis fusiformes (corps fibro-plastiques de Lebert).

Enfin d'autres auteurs, adoptant la théorie cellulaire de Virchow, admettent la prolifération du tissu cellulaire qui constitue la gaine du tendon sectionné (Bouchard et Demarquay, Billroth, etc.).

Un fait important à signaler, c'est que les phénomènes de réparation diffèrent quelquefois, selon que le tendon sectionné est entouré d'une gaine celluleuse, comme celle du tendon d'Achille, ou bien que ce tendon glisse dans une gaine fibreuse tapissée par une synoviale, tels sont les tendons fléchisseurs des phalanges aux doigts.

Dans le premier cas, les deux bouts du tendon s'écartent et une quantité variable de sang s'épanche dans la gaine celluleuse; lorsqu'il est trop abondant, cet épanchement paraît nuire au processus réparateur; le plus souvent il est peu abondant et ne joue alors aucun rôle dans les phénomènes qui aboutissent à la reproduction du tendon sectionné.

Comme on l'a remarqué depuis longtemps (Bovier), la partie de la gaine celluleuse placée entre les deux bouts du tendon coupé, ne tarde pas à se gonfler, elle devient plus vasculaire et en l'examinant au microscope on y aperçoit, mêlés au tissu cellulaire et élastique qui la constitue, des éléments cellulaires sphériques, lym-

phoïdes pour R. Volkmann, probablement embryonnaires (Cornil et Ranvier), dont un certain nombre deviennent des globules blancs.

Ces éléments d'abord peu abondants, ne tardent pas à augmenter, surtout dans les couches les plus internes de la gaine. Ils se transforment en corps fusiformes allongés, séparés, par une substance amorphe intermédiaire qui, plus ou moins tardivement, devient fibrillaire et donne ainsi naissance à un tissu absolument identique au tissu du tendon sectionné.

En même temps que ces phénomènes se passent du côté de la gaine celluleuse, les deux bouts du tendon coupé sont le siège d'un processus inflammatoire. Vers le quatrième jour, les deux bouts se gonflent, s'arrondissent, prennent la forme d'une massue; ces modifications seraient plus marquées du côté de l'extrémité tendineuse qui tient au muscle (Föllin). Cette augmentation de volume résulte très-certainement de la production de tissu embryonnaire dans les espaces cellulaires qui séparent les fibres tendineuses, bien plutôt que de la prolifération des éléments cellulaires (Billroth). Toujours est-il qu'il s'établit une fusion intime entre ce tissu de nouvelle formation et celui de la gaine celluleuse, si bien que la continuité du tendon est complètement rétablie par un tissu nouveau d'abord peu consistant et d'aspect grisâtre, mais qui, peu à peu, devient plus tenace et d'aspect blanchâtre, comme celui que présentent les tendons et qui en effet, possède la structure normale des cordes tendineuses.

Quant au sang épanché principalement dans la gaine celluleuse, le caillot y subit les transformations habituelles, c'est-à-dire qu'il finit par disparaître en laissant comme traces de son existence quelques cristaux d'hématoidine et des granulations graisseuses et pigmentaires (Bouchard et Demarquay).

Lorsque le tendon glisse dans une gaine synoviale, et qu'il est sectionné par la méthode sous-cutanée, les deux bouts se rétractent; toutefois, s'ils ne s'écartent pas trop, si la gaine offre des prolongements cellulo-vasculaires se continuant jusque sur les tendons, le processus réparateur peut s'effectuer, comme nous l'avons exposé ci-dessus, et les mouvements se rétablir. Mais si la rétraction est considérable et que les tendons soient parfaitement libres dans la gaine synoviale, il peut se faire que les deux extrémités se cicatrisent isolément en adhérant à la gaine et que les mouvements soient entièrement abolis. Dans ce dernier cas la nutrition du tendon paraît insuffisante pour sa réparation.

3° Les plaies contuses, celles qui résultent de l'action des projectiles de guerre, donnent toujours lieu à une perte de substance

s'accompagne de phénomènes inflammatoires intenses avec suppuration.

Dans ces circonstances, les extrémités des tendons lésés peuvent se mortifier en partie, par suite du traumatisme violent auquel elles ont été soumises. Toujours est-il, c'est qu'il en résulte une cicatrice plus ou moins profonde dans laquelle les bouts tendineux adhérents aux parties voisines sont perdus dans la cicatrice et adhèrent aux téguments.

On conçoit qu'indépendamment de la gravité primitive de la plaie, résultant de son étendue, de sa suppuration prolongée, etc., il y ait lieu de se préoccuper beaucoup des phénomènes ultérieurs, caractérisés par une perte plus ou moins complète des mouvements, le tiraillement de la cicatrice, des difformités résultant le plus souvent de l'action prépondérante des muscles antagonistes.

Le diagnostic des diverses lésions traumatiques des tendons est des plus simples, au moins dans la plupart des cas. En effet, dans une plaie plus ou moins ouverte on aperçoit les tendons mis à nu ou en partie divisés; si la division est complète, les deux bouts sont rétractés, surtout le bout musculaire; mais il arrive souvent qu'à l'aide de mouvements de flexion ou d'extension on peut faire saillir dans la plaie une des extrémités du tendon sectionné. Enfin il faut tenir grand compte de la perte d'un certain nombre de mouvements, tout en se rappelant que les muscles d'un même groupe ou de groupes voisins peuvent, jusqu'à un certain point, se suppléer dans l'exécution d'un mouvement déterminé.

On n'a généralement pas à faire le diagnostic des plaies sous-cutanées des tendons, celles-ci résultant toujours d'une intervention chirurgicale active : la *ténotomie* (1).

*Pronostic.* — Il varie beaucoup selon qu'on a affaire à une simple piqûre ou bien à une plaie contuse. En thèse générale, on peut dire que toutes les fois qu'on observera des phénomènes d'inflammation avec suppuration plus ou moins étendue, le pronostic doit être réservé. Il faut tenir compte non-seulement des complications immédiates, mais aussi des phénomènes ultérieurs de la cicatrisation qui, presque fatalement, entraîne des adhérences vicieuses entraînant plus ou moins complètement le jeu des muscles dont les tendons ont été lésés.

(1) Voyez Malgaigne, *Manuel de méd. opérat.*, 8<sup>e</sup> édit. (par L. Le Fort), p. 172, Paris, 1874.

Nous n'avons pas à insister sur le peu de gravité que présentent les sections tendineuses sous-cutanées faites dans de bonnes conditions; rappelons seulement qu'on a pu les voir supputer et que dans d'autres circonstances, la cicatrisation isolée des deux extrémités du tendon coupé a donné lieu à des difformités persistantes.

*Traitement.* — Il varie selon que la plaie est récente, ou bien qu'elle a donné naissance à une cicatrisation vicieuse.

Lors de plaie récente, on doit se proposer d'obtenir une exacte réunion des tendons divisés, à cet effet on peut utiliser la *position*, les *bandages* et la *suture*.

1° *Position et bandages.* — Le membre sera placé dans la position qui favorise le mieux le rapprochement des deux bouts : dans la flexion, si un tendon fléchisseur a été divisé; dans l'extension, si la solution de continuité a porté sur le tendon d'un muscle extenseur. Des attelles de bois ou de carton, un appareil inamovible, remplissent très-bien l'indication. Les bandages unissants des plaies en travers, unis à l'extension, diminuent l'écartement qui existe dans la rupture du tendon du droit antérieur de la cuisse ou du triceps brachial. Ces appareils resteront en place de vingt à vingt-cinq jours, après quoi on permettra au malade de faire quelques mouvements.

Lorsqu'on pratique la section des tendons pour rétablir dans leur rectitude des parties déviées, la position et les bandages doivent être appliqués non pas dans le but de rapprocher les extrémités tendineuses, mais pour ramener les parties dans la position qu'elles devraient occuper normalement. On conçoit que dans ces cas la position, loin de rapprocher les bouts des tendons, les écarte.

2° *Suture.* — Faite il y a très-longtemps, en particulier par Estienne Tessier (1), la suture des tendons n'a été que difficilement acceptée par les chirurgiens, malgré les nombreux succès obtenus ou publiés par Barthélemy, Larrey, Gensoul, Acher, Mourguet, Mondière, etc.

Avec Follin, on peut dire que dans les cas où la position et les bandages ne suffisent point pour obtenir l'affrontement des tendons coupés, le chirurgien doit recourir à la suture.

Lorsque l'on veut pratiquer la suture d'un tendon, si la plaie a été faite par un instrument tranchant, on peut réunir immédiatement, sans aucune opération préalable. Si la plaie est contuse et accompagnée d'écrasement, il est prudent de réséquer les deux

(1) A. Paré (Éd. Malgaigne), t. III, p. 42.

bouts du tendon. On saisit avec des pinces à crochet le bout supérieur du tendon, caché en général assez profondément sous les téguments, on le rapproche du bout inférieur, et à l'aide d'aiguilles légèrement courbes, on les maintient en contact en faisant un certain nombre de points de suture, selon la largeur du tendon à réunir. En général on fera la suture simple et on utilisera de préférence les fils d'argent plus facilement supportés par les tissus vivants.

La suture sera combinée avec la position, et l'application d'un bandage inamovible, voire même du pansement ouaté.

On devra laisser la suture en place sans chercher à l'enlever, et jusqu'à ce qu'elle tombe spontanément. L'appareil inamovible sera retiré vers le dix-huitième ou vingtième jour, enfin on ne permettra de mouvements que vers le vingt-cinquième jour. Ceux-ci seront facilités par le massage, les frictions, les douches, les bains excitants, etc.

Cette suture des tendons peut subir quelques modifications dans son application. C'est ainsi que dans un cas où le tendon extenseur du médius avait été coupé sur le dos de la main, et avait en même temps éprouvé une perte de substance telle qu'on ne pouvait pas mettre ses deux bouts en contact; le chirurgien eut l'idée de réunir par la suture le bout supérieur au tendon voisin de l'indicateur, et le bout digital au tendon de l'annulaire. Cette opération ingénieuse eut pour résultat de rendre au médius ses mouvements, qui dès lors lui furent transmis par le tendon d'un doigt voisin (Missa).

Lorsque la section tendineuse est ancienne, que les extrémités du tendon ne se sont pas réunies, on peut encore, à l'exemple de Petit (de Lyon), Dutertre, Roux, Sédillot, Demarquay, etc., chercher à rétablir les mouvements en faisant la suture des deux bouts divisés.

A cet effet, on devra faire une incision parallèle au trajet du tendon coupé, mais en dehors de ce trajet, afin que la cicatrice cutanée n'adhère pas à celle du tendon. Dans un deuxième temps on ira à la recherche des deux bouts du tendon coupé, et on les isolera quelque peu des parties voisines; enfin, après les avoir avivés on les réunira par un ou deux points de suture métallique. Un appareil inamovible doit être placé pour immobiliser les parties dans une bonne position, et on cherchera à obtenir la réunion immédiate de la solution de continuité des téguments (Follin), afin d'éviter des adhérences. Les choses doivent être laissées en place une quinzaine de jours au moins.

Ultérieurement, les mouvements seront facilités par le massage, les frictions, les douches, etc.

lin, etc.); le membre où siège la rupture devient aussitôt impotent, et si la lésion atteint les extrémités inférieures, il peut en résulter la chute du blessé. On comprend facilement que les fonctions du membre sont d'autant plus compromises que le tendon brisé appartient à un muscle plus important. Les deux extrémités du tendon s'écartent l'une de l'autre, et on peut les sentir sous les téguments, parfois elles deviennent très-mobiles dans le sens transversal. Le point où la rupture est produite est d'ordinaire peu douloureux au toucher, on n'y rencontre pas souvent d'ecchymose, enfin la tuméfaction y est toujours très-moderée.

Ultérieurement, les deux extrémités du tendon offrent un léger renflement, et si la réunion ne s'est pas faite, le muscle ne pouvant plus transmettre le mouvement qu'il doit produire, il en résulte une impotence plus ou moins grande des parties lésées.

Le pronostic doit donc être réservé, quoique en général il soit peu grave, la réunion s'effectuant le plus souvent.

**Traitement.** — Comme pour les plaies des tendons, il faut utiliser la position et les bandages. Dans quelques cas, lorsque la réunion n'a pas eu lieu et que l'impotence fonctionnelle est très-génante, on a conseillé, avec raison croyons-nous, de rechercher les deux extrémités du tendon rupturé et de les réunir par suture.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Consulter les classiques et voir plus loin la Bibliographie de la Rupture des tendons d'Achille, du triceps fémoral et rotulien.

### § 3. — Luxations des tendons.

Décrite ou plutôt signalée par les anciens chirurgiens (Cooper, Monteggia), mise en doute par Pouteau, la luxation des tendons existe réellement et a été plus particulièrement étudiée pour les tendons qui avoisinent l'articulation tibio-tarsienne (péroniers latéraux tibial postérieur).

Cette luxation, suite de la rupture de la gaine qui facilite le glissement du tendon, s'observerait dans les luxations traumatiques à la suite de violents efforts, souvent compliqués d'un traumatisme intense, comme une chute d'un lieu élevé (Robert, Martins).

Les phénomènes qui accompagnent la luxation des tendons rapprochent beaucoup de ceux de l'entorse et paraissent avoir parfois méconnus au moins dans l'entorse tibio-tarsienne. Quoi qu'il en soit, la présence d'un tendon en un lieu anormal, au milieu de tissus engorgés, sera la caractéristique de cette luxation (Jarjavay, en fait, assez facile à diagnostiquer.

**BIBLIOGRAPHIE.** — J.-F. Jarjavay, *Sur la luxation du tendon de la longue portion du muscle biceps huméral et des tendons des péroniers latéraux*, in *Gaz. hebdom.*, 1867, t. IV, p. 387. — Ch. Martins, *Sur un cas de lux. du m. tibial, etc.*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1874 p. 7. — Ch. Blanluet, *De la luxation des muscl. pérôn. latéraux*, thèse de Paris, 1875, n° 241.

### ARTICLE II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES TENDONS.

Elles doivent être étudiées dans les plaies exposées et dans les plaies sous-cutanées.

A. Lors de plaies résultant de traumatismes ou d'éliminations d'eschares, il n'est pas rare, surtout aux extrémités, de voir les tendons mis à nu et subir un certain nombre d'altérations résultant évidemment de leur inflammation.

Dans les cas les plus favorables, le tendon exposé au contact de l'air, finit à la longue par se recouvrir de bourgeons charnus et, sauf les adhérences qu'il contracte fatalement avec les parties voisines, les phénomènes se passent comme dans une plaie simple qui suppure. Il paraît probable que, dans ces circonstances, le tissu embryonnaire se développe à la surface ou dans les interstices cellulux du tendon dénudé, et finit par le recouvrir.

Mais dans d'autres cas, le tendon dénudé ne se recouvre pas de bourgeons charnus, il se mortifie en partie ou en totalité, il s'exfolie, suivant l'expression adoptée par les cliniciens. Cette exfoliation, qui n'est pas absolument rare, s'observe surtout lorsque l'inflammation des parties qui avoisinent le tendon, est ou a été très-vive; on la voit aussi surtout atteindre les tendons peu volumineux, ceux qui sont renfermés dans des gaines fibro-séreuses; en un mot elle s'observe surtout sur les tendons peu vasculaires. L'exfoliation des tendons peut être comparée, croyons-nous, à la nécrose des os, comme cette dernière elle résulte d'une véritable gangrène des tissus, très-probablement par ischémie. L'étude de son mécanisme intime n'est pas bien faite et mériterait d'attirer l'attention des histologistes. Quoi qu'il en soit, l'exfoliation des tendons se caractérise par leur ramollissement et la dissociation de leurs fibres; leur couleur blanc nacré persiste pendant longtemps, mais finit par devenir plus terne; enfin, au bout d'un temps variable, le tendon macéré par la suppuration des parties sous-jacentes ou voisines est éliminé en masse ou bien tombe par lambeaux plus ou moins considérables (*Comp. de chirurgie*).

Comme on le conçoit, cette exfoliation des tendons a pour résultat