

empêcher les adhérences des tendons, on fait exécuter, de bonne heure, des mouvements au levier osseux auquel les tendons s'insèrent. Le même moyen est applicable à la raideur qui persiste souvent après la guérison; on peut y ajouter les bains locaux, les douches de vapeur, les frictions sèches. On a proposé, dans les cas où le tendon a contracté des adhérences solides avec la cicatrice, de rétablir les mouvements du membre, soit par une section sous-cutanée du tendon lui-même entre la cicatrice et le point d'insertion, auquel cas quelques-uns des mouvements seront perdus pour le malade; soit par une section sous-cutanée des adhérences du tendon à la cicatrice, opération délicate, mais qui a l'avantage de conserver au membre les mouvements en divers sens.

## ARTICLE VI.

## Tumeurs des muscles.

Des tumeurs de nature diverse peuvent se développer dans l'épaisseur même des muscles. Sauf les tumeurs syphilitiques, ces productions sont encore mal connues. Voici les principales :

1° DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS plus ou moins considérables ont été signalés par Richerand, Larrey, Legouest. Presque toujours ces tumeurs sont dues à la rupture de quelques faisceaux musculaires ou à la déchirure de vaisseaux plus ou moins volumineux. Virchow a signalé dans les muscles, sous le nom d'*hématomes*, des épanchements anciens ayant déjà subi de profondes modifications. Velpeau enleva une tumeur de ce genre située au niveau du triceps brachial : l'examen microscopique montra qu'elle était formée en grande partie de fibrine ayant subi les transformations que l'on observe dans les couches des poches anévrysmales anciennes.

2° TUMEURS ÉRECTILES. Ces tumeurs ne sont point rares; il est difficile de les reconnaître sur le vivant. Elles sont entièrement semblables à celles que l'on observe à la surface du corps. Cruveilhier, Demarquay, Richet, Denonvilliers, Liston, Clark, en ont rapporté des exemples. Le diagnostic en est difficile.

3° FIBRÔMES. Ils ont été surtout observés dans la langue et dans les muscles de la cuisse. Ils ne présentent rien de particulier.

4° CANCER. Le cancer primitif est rare; le plus souvent le tissu musculaire est envahi par la propagation d'une tumeur voisine.

5° KYSTES ACÉPHALOCYSTES. Ils ont été rencontrés dans les muscles par un grand nombre de chirurgiens. Dans le plus grand nombre des cas, ils n'ont été diagnostiqués qu'après une ponction exploratrice.

6° On a signalé dans les muscles la présence de petits kystes contenant des *trichines* (*trichina spiralis*), chez des individus qui avaient fait usage de viandes infectées de ces entozoaires. La ponction à l'aide du trocart explorateur de Küss ou de Middeldorff (p. 185) pourra mettre sur la voie du diagnostic.

7° TUMEURS SYPHILITIQUES. Ces tumeurs, bien décrites par Bouisson, se montrent non-seulement dans les muscles proprement dits et spécialement

dans ceux du tronc, mais encore dans les organes à structure musculaire, tels que la langue, les lèvres, le voile du palais. On les a aussi signalées dans l'épaisseur des tendons, où elles se terminent parfois par la transformation osseuse. Elles se rapprochent par leurs caractères des tumeurs gommeuses et se rattachent, comme ces dernières, aux accidents tertiaires de la syphilis.

**Anatomie pathologique.** Au début, le muscle présente un gonflement circonscrit et une consistance plus prononcée que l'œdème; quelques-uns des faisceaux sont décolorés et offrent un épanchement plastique d'apparence grisâtre. Plus tard, la matière épanchée se ramollit et se transforme en un liquide visqueux, filant et semblable à une solution de gomme; les fibres musculaires ramollies sont détruites. Quelquefois, quand l'inflammation dépasse ses limites habituelles, il y a suppuration. Enfin, dans la dernière période, les tumeurs syphilitiques s'indurent, en passant à l'état sub-cartilagineux, cartilagineux et même osseux.

**Symptômes.** Les tumeurs syphilitiques des muscles sont souvent précédées d'une gêne dans l'exercice des fonctions musculaires, d'une rétraction du muscle affecté et de douleurs qui se manifestent au moment de la contraction. Elles présentent une forme globuleuse et un volume qui varie depuis une petite noix jusqu'à une orange; elles sont mobiles pendant que le muscle est relâché, fixes pendant la contraction; d'une consistance variable aux diverses périodes de la maladie; dures au début, fluctuantes quand la matière plastique s'est ramollie, très-consistantes quand elles ont subi la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse; quelquefois douloureuses la nuit ou pendant les changements de temps. Elles sont aussi accompagnées quelquefois d'un engorgement des ganglions lymphatiques voisins. On rencontre parfois simultanément, chez le même sujet, des tumeurs gommeuses ou des exostoses.

**Traitement.** Bouisson préfère administrer le muriate d'or, soit à l'intérieur, sous forme de liqueur, soit en frictions sur les gencives. D'autres praticiens conseillent l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure, si le malade n'a pas encore fait usage d'un traitement antisyphilitique. Comme topiques, on emploie les onctions avec les pommades iodurées, l'emplâtre de Vigo, des douches hydrosulfureuses. Lorsque la tumeur est fluctuante, on en pratique l'ouverture.

## ARTICLE VII.

## Hernies musculaires.

Sous le nom de *hernie musculaire*, on désigne le déplacement d'un muscle à travers une aponévrose déchirée ou incisée. Cette affection est assez rare. Elle se rencontre surtout chez les sujets qui exercent des professions pénibles, chez les cavaliers. La rupture de l'aponévrose peut se faire lentement; dans ces cas, le déplacement musculaire s'effectue progressivement, et n'entraîne après lui qu'un peu de gêne des mouvements. Si, au contraire,

la hernie se fait subitement, pendant un effort, on entend un craquement bientôt suivi d'une douleur vive et de la perte de fonctions du muscle déplacé. En même temps, au niveau du point douloureux, apparaît une tumeur d'un volume variable, molle, fluctuante et diminuant de volume quand le muscle se contracte. Quelquefois, pendant que le muscle se relâche, le doigt peut parvenir à sentir la déchirure de l'aponévrose. Dans quelques cas, on a constaté autour de la tumeur un rebord dur formé par l'aponévrose. La peau est sans adhérence à la tumeur, et n'éprouve aucun changement de coloration.

Malgré ces signes assez précis, le diagnostic de la hernie musculaire reste fort obscur. A. Bérard rapporte qu'une tumeur de ce genre fut prise pour un lipôme, et que l'erreur ne fut reconnue que dans le cours de l'opération. L'examen attentif du malade et surtout le souvenir des circonstances dans lesquelles l'affection s'est produite permettront d'arriver au diagnostic.

Le traitement est palliatif : un bandage lacé ou élastique sert à maintenir réduites les parties herniées. Si l'on veut tenter une guérison radicale, on pratique une incision qui divise les parties molles jusqu'au siège de la hernie, et par des pansements convenables on obtient un tissu cicatriciel qui peut s'opposer à une nouvelle issue du muscle. Le peu de gravité de cette affection nous porte à penser qu'il vaut mieux s'en tenir au traitement palliatif.

#### ARTICLE VIII.

##### Des kystes synoviaux tendineux.

On entend par *kystes synoviaux tendineux*, des tumeurs résultant de la distension des bourses séreuses des tendons par un liquide de nature variable. Cette affection a été également désignée sous le nom impropre de *ganglion*.

**Causes.** Ces kystes se montrent dans toutes les régions du corps qui présentent des gaines synoviales tendineuses, et plus spécialement autour du poignet, sur le cou-de-pied, au genou, derrière les malléoles. Ils se développent généralement à la suite d'efforts répétés accomplis par certains muscles, de pressions prolongées exercées sur les parties du corps pourvues de bourses séreuses tendineuses, de violences de toute sorte exercées sur ces mêmes parties, quelquefois sans cause appréciable.

**Anatomie pathologique.** Comme pour tous les kystes, il convient de considérer ici le contenant et le contenu.

1° Le contenant ou la poche proprement dite offre un volume qui varie depuis une noisette jusqu'à un œuf de poule ; la forme du sac présente une foule de variétés : elle est arrondie, oblongue, ovale, cylindrique, aplatie, hémisphérique, en bissac ; en un mot, cette forme est modelée sur celle de la gaine séreuse du tendon. Les parois sont lisses, peu épaisses, diaphanes, sans aucune altération, lorsque la maladie est ancienne ; elles sont quelquefois injectées et recouvertes à la face interne de débris albumineux ou de caillots sanguins, quand l'affection est récente. Les connexions de la poche avec la coulisse fibreuse, dans laquelle elle est souvent renfermée, sont va-

riables : parfois les parois du kyste sont circonscrites de tous côtés par la gaine fibreuse dans laquelle glisse le tendon ; il se peut qu'une portion du kyste s'engage par une éraillure de la gaine fibreuse et forme une espèce de diverticulum communiquant avec l'intérieur du kyste par un pédicule creux ; quelquefois ce pédicule s'oblitère et la portion de tumeur située en dehors de la coulisse fibreuse cesse de communiquer avec la gaine séreuse proprement dite du tendon. Toutefois ces deux dernières dispositions sont rares et nous verrons que les kystes synoviaux ainsi isolés de la gaine tendineuse reconnaissent le plus souvent un autre mode de formation. (Voyez *Kystes synoviaux articulaires*, p. 238.)

2° Le contenu du kyste est un liquide séreux, blanchâtre ou jaunâtre, transparent, légèrement visqueux, filant comme la synovie ; d'autres fois, c'est une humeur plus épaisse et moins claire, ou une gelée blanche ou rosée. Enfin on trouve quelquefois dans la tumeur, au milieu du liquide qui la distend, des corpuscules d'une nature spéciale, dont la présence donne lieu à la perception d'une sensation particulière de crépitation, ce qui fait que ces kystes ont été désignés sous le nom de tumeurs *crépitantes*. Ces corpuscules ont un volume variable depuis la tête d'une épingle jusqu'à une lentille ; une forme allongée, cylindroïde, conoïde, globuleuse, aplatie ou lenticulaire ; une couleur blanche, grise ou jaunâtre ; une consistance demi-molle ou dure ; une surface lisse, luisante et onctueuse ; le nombre en est quelquefois de plusieurs centaines ; ils ressemblent à des pépins de poire, à des semences de melon, de blé, d'orge, de riz ou d'avoine. Les pathologistes ne sont pas d'accord sur leur nature ; Dupuytren et Laennec les considéraient comme des hydatides, opinion que les recherches de Bosc et de Duméril ont réfutée ; d'autres, comme des concrétions d'albumine, de lymphé plastique ou de fibrine, seule opinion acceptable (voy. p. 223).

**Symptômes.** Les kystes synoviaux tendineux se présentent sous la forme d'une tumeur située sur le trajet d'une gaine tendineuse. La configuration de cette tumeur est subordonnée à celle de la bourse synoviale où elle s'est développée ; à la face antérieure du carpe, où la bourse séreuse est bridée par le ligament annulaire antérieur du carpe, elle se montre sous l'apparence d'un bissac ; dans les régions où il n'existe pas une conformation anatomique semblable, la tumeur revêt une des formes dont nous avons parlé précédemment (voy. *Anatomie pathologique*). Cette tumeur, en général bien circonscrite, est rénitente, élastique, fluctuante, quelquefois très-dure lorsque les parois de la poche sont fortement distendues par le liquide contenu ; elle est indolente par elle-même et à la pression ; les téguments qui la recouvrent ne sont altérés ni dans leur couleur, ni dans leur température ; lorsque le kyste contient des concrétions solides, on obtient, par la pression exercée alternativement avec les deux mains placées aux extrémités de la tumeur, une sensation de *crépitation* spéciale due au frottement des corpuscules les uns contre les autres.

**Marche. Terminaisons.** Les kystes synoviaux tendineux parvenus à un certain volume restent en général stationnaires. Ils ne déterminent d'autres troubles qu'une gêne des mouvements. Ils peuvent s'enflammer, suppurer,

et donner lieu à des fistules, ou bien subir une transformation fongueuse.

**Diagnostic.** Il est en général facile, si l'on tient compte de la situation de la tumeur, de sa forme, de son indolence, etc. Toutefois, lorsque la tumeur a une forme globuleuse, elle ressemble à un autre genre de kystes, c'est-à-dire aux kystes synoviaux articulaires, dont la description doit trouver place ici.

**DES KYSTES SYNOVIAUX ARTICULAIRES.** On comprend sous ce nom les kystes formés par une hernie de la synoviale articulaire à travers les trous ou fentes que laissent entre eux les faisceaux fibreux des ligaments articulaires. On les a désignés sous les noms de *ganglions*, de *nodus*, de *tendons* ou de *nerfs noués*, *foulés*, *tressaillis*.

Ces kystes offrent un volume variable depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une grosse noix. Ils renferment tantôt de la sérosité pure, tantôt un liquide onctueux analogue à la synovie, tantôt une matière poisseuse analogue à de la gelée de pomme ou de groseille, ou bien encore de la matière glaireuse analogue à du blanc d'œuf, très-rarement et peut-être jamais de corpuscules analogues à ceux que nous avons signalés précédemment. Ils se présentent sous la forme d'une tumeur dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, tendue, rénitente et mobile. Lorsque la tumeur occupe la face dorsale de la main, et diminue pendant l'extension.

Gosselin a donné une autre interprétation relativement au mode de formation de ces kystes. D'après lui, ces tumeurs prennent leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-synovial. Il a trouvé, dans la plupart des articulations radio-carpiennes, de petites vésicules blanchâtres, demi-transparentes, situées à la partie postérieure de l'article, dans le tissu sous-synovial; ces corpuscules adhèrent par un point limité à la face externe de la séreuse; ils ne présentent pas d'orifice et renferment une matière onctueuse, transparente ou jaunâtre, analogue au liquide des kystes synoviaux articulaires. Or, dans l'état normal, on trouve dans les synoviales articulaires des *corpuscules* dits *sous-synoviaux* qui communiquent avec la cavité de la synoviale. Si cet orifice de communication s'oblitère, le produit s'accumule dans la cavité du corpuscule et donne lieu à une tumeur qui se présente avec tous les caractères du kyste synovial articulaire ou ganglion.

Que les kystes synoviaux articulaires ou ganglions soient le produit d'une hernie de la synoviale ou d'une *hypertrophie* des corpuscules sous-synoviaux, il n'en reste pas moins vrai qu'il est très-difficile de les distinguer des petits kystes synoviaux tendineux qui se mettent en rapport avec les interlignes articulaires. On a prétendu, à la vérité, que les kystes articulaires diminuent de volume et disparaissent même lorsqu'on les comprime, attendu qu'on refoule ainsi le liquide qu'ils renferment dans l'article. C'est là un bon signe, lorsque l'ouverture de communication existe; mais quand cette ouverture est oblitérée, les kystes articulaires rentrent dans les conditions des kystes synoviaux tendineux.

En résumé, lorsque les *kystes synoviaux tendineux* se montrent dans certaines régions, telles que la face palmaire de la main, où les ligaments arti-

culaires sont trop serrés pour donner passage à un prolongement de la synoviale; ou bien encore, quand ils se présentent dans les régions où les ligaments sont lâches et que leur forme répond exactement à celle de la bourse séreuse des tendons, le diagnostic est facile. Si, au contraire, le kyste est petit et correspond à la fois à la région occupée par la gaine séreuse du tendon et par un interligne articulaire, le diagnostic est obscur.

Un kyste synovial tendineux étant reconnu, il est facile d'apprécier si le contenu est purement liquide, ou s'il existe dans la poche des corpuscules; la sensation de frottement perçue dans ce dernier cas ne saurait laisser subsister le moindre doute.

**Traitement.** Il convient d'exposer séparément celui des kystes synoviaux articulaires ou *ganglions* proprement dits, et celui des kystes synoviaux tendineux.

1° Pour les premiers, on a proposé les *topiques résolutifs*, les *vésicatoires volants*, la *compression*; tous moyens sur l'efficacité desquels il ne faut pas compter. Lorsque la tumeur est appuyée contre un plan solide, on peut en opérer l'écrasement avec les pouces, dans le but de rompre les parois de la poche et d'en disséminer le liquide dans le tissu cellulaire voisin où il est repris par l'absorption. Ce mode de traitement est douloureux, infidèle, et en admettant même qu'il réussisse, la tumeur peut se reproduire plus tard, lorsque les parois de la poche se sont cicatrisées. Les *incisions sous-cutanées* du kyste, au moyen d'une aiguille à cataracte, sont passibles des mêmes objections que l'écrasement. L'*incision* et à plus forte raison l'*extirpation* du ganglion exposent le malade à des inflammations graves; le *séton* passé à travers la tumeur a les mêmes inconvénients. La simple *ponction* du ganglion est insuffisante; mais il n'en est pas de même de la ponction suivie d'une injection de teinture d'iode étendue de trois à six fois son poids d'eau; toutefois, pour que ce mode de traitement puisse être mis à exécution, il est nécessaire que le kyste ne soit pas trop petit, qu'il soit assez bien circonscrit et assez volumineux pour qu'on soit sûr de l'atteindre avec le trocart. Bien entendu que la tumeur doit être respectée, si elle communique avec la cavité articulaire.

2° Les *kystes synoviaux tendineux* ont été traités par les moyens semblables à ceux que nous venons d'exposer pour les ganglions. Comme pour ces derniers, le meilleur mode de traitement est la ponction avec un trocart suivie d'une injection iodée. Quand la tumeur renferme un grand nombre de corpuscules qui ne sortiraient que difficilement par la canule du trocart, on peut en favoriser l'issue par une injection d'eau tiède dans le kyste. Toutefois, si ce moyen est insuffisant, il faut pratiquer une *incision* aux parois du kyste pour vider la poche et obtenir la guérison par suppuration. En traversant la tumeur avec un *séton*, on obtiendra également ce résultat. Mais il importe alors de surveiller attentivement la marche des phénomènes inflammatoires qui sont la conséquence de cette opération, et de les maintenir dans de justes limites par un traitement antiphlogistique énergique. On a certainement exagéré beaucoup les inconvénients du séton et nous avons vu Ph. Boyer obtenir d'excellents résultats de cette méthode.

## ARTICLE IX.

## De la rétraction musculaire.

La rétraction musculaire est une affection caractérisée par le raccourcissement permanent, l'atrophie en longueur et en épaisseur, et quelquefois la transformation en tissu fibreux, des muscles de la vie de relation.

**Causes.** On observe cette maladie le plus souvent aux membres inférieurs; quelquefois au cou, où elle prend le nom de *torticolis*; dans l'orbite, où elle donne lieu au *strabisme*; aux gouttières vertébrales, dont les faisceaux musculaires raccourcis jouent un certain rôle dans la production des *diverses déviations de l'épine*. En général, la rétraction musculaire ne se montre pas d'emblée sous cette forme; elle est précédée d'un autre état des muscles caractérisé par des contractions plus ou moins longues, c'est-à-dire par une véritable *contracture* qui paraît elle-même avoir son point de départ dans une maladie des centres nerveux. La rétraction musculaire est tantôt une maladie congénitale; tantôt elle se développe dans la première enfance.

**Symptômes.** La rétraction musculaire produit des déformations qui varient d'après les organes que les muscles rétractés sont chargés de mouvoir. Aux membres, les articulations sont déformées et immobiles; sur l'un des côtés de la jointure se dessinent, à travers la peau qu'ils soulèvent, les tendons des muscles rétractés; ces tendons sont immobiles, raides, tendus. Les tendons voisins de ces derniers, et dont les muscles n'ont pas subi de rétraction, sont relâchés. Ceux qui sont placés du côté opposé à la rétraction sont allongés et tendus. Les ligaments articulaires participent aux modifications précédentes, ceux qui sont placés du côté correspondant aux muscles rétractés reviennent sur eux-mêmes; ceux du côté opposé sont allongés. Il est à peine besoin d'ajouter que les mouvements de l'articulation sont très-limités, les tendons rétractés s'opposent à l'éloignement du membre de la nouvelle position qu'il a prise; on ne peut qu'exagérer dans quelques cas cette situation, en portant le membre dans le sens correspondant à la rétraction. Lorsque la maladie est ancienne, le membre est notablement amaigri, les muscles ayant eux-mêmes subi une réduction dans leur masse sous l'influence de l'inactivité à laquelle ils ont été condamnés. Dans l'orbite, au cou, au rachis, la rétraction musculaire produit des effets qui seront étudiés plus tard. (Voyez *Strabisme*, *Torticolis*, etc.)

Dans les régions du corps où les tendons glissent dans des gaines ostéo-fibreuses, au poignet, au cou-de-pied, ces tendons soulèvent beaucoup moins la peau qui les recouvre, parce qu'ils se trouvent bridés par leurs coulisses; ces dernières sont élargies. Du côté correspondant à la déviation du membre, les artères deviennent flexueuses, quelquefois le calibre en est diminué; les veines et les nerfs du même côté sont plutôt raccourcis.

La rétraction musculaire est facile à reconnaître: la déviation permanente d'un membre ou d'un organe qui donne attache à des muscles permet

déjà de la soupçonner; l'examen attentif de la région fait découvrir la saillie des tendons qui appartiennent aux muscles rétractés.

**Traitement.** Lorsque la maladie est récente, on la combat par des bains, des douches, des frictions, la gymnastique, l'électrisation localisée; plus tard, on se sert d'appareils orthopédiques qui ramènent le membre ou l'organe dans une direction convenable; comme ressource extrême, on peut pratiquer la section des tendons rétractés, afin de redresser la partie qui est déviée.

**RÉTRACTION MUSCULAIRE SYPHILITIQUE.** Elle diffère de la précédente, en ce qu'elle reconnaît pour point de départ une infection syphilitique. Elle appartient au groupe des accidents tertiaires ou de transition de la vérole. On la rencontre particulièrement dans les muscles fléchisseurs du membre supérieur. Elle est accompagnée de douleur, tantôt dans tout le membre, tantôt dans le muscle affecté seul, surtout au voisinage des insertions osseuses de l'organe. On la distingue de la rétraction qui accompagne les tumeurs syphilitiques des muscles (p. 235), par la présence dans ce dernier cas d'une nodosité dans l'épaisseur du muscle; de la rétraction nerveuse, en ce que dans celle-ci la rétraction est de courte durée, intermittente, tandis que la rétraction syphilitique est permanente et offre une augmentation ou une diminution graduelles. Dans la rétraction musculaire consécutive aux affections rhumatismales et articulaires, le corps du muscle est douloureux; dans la rétraction syphilitique, cette portion du muscle est indolente. En cas de doute, il convient de soumettre le sujet à l'usage interne de l'iodure de potassium, qui guérit promptement la rétraction musculaire syphilitique.

## CHAPITRE V.

## MALADIES DES ARTÈRES.

## ARTICLE I.

## Blessures des artères.

Les plaies des artères se divisent en deux espèces: les unes n'intéressent que les parois de ces vaisseaux, les autres s'étendent jusque dans la cavité artérielle. Il y a donc des plaies *non pénétrantes* et des plaies *pénétrantes*.

1° **PLAIES NON PÉNÉTRANTES.** Une plaie non pénétrante d'artère peut s'étendre à une profondeur plus ou moins considérable; si elle ne comprend que la gaine du vaisseau, des bourgeons charnus ne tardent pas à en réunir les bords et la perméabilité de l'artère est conservée; si la division porte à la fois sur la gaine et sur la tunique celluleuse, les parois de l'artère s'épaississent par suite de l'inflammation traumatique qui se développe, et