

vent se trouver cicatrisées séparément, et par suite dans un état peu favorable à leur réunion; la compression devient alors un moyen palliatif qui facilite seulement les fonctions du muscle. Dans un cas rapporté par Sédillot, la guérison fut impossible et la malade resta impotente.

## ARTICLE V.

## DÉPLACEMENTS MUSCULAIRES. — HERNIES MUSCULAIRES.

Les muscles, quoique retenus souvent aux os par de fortes aponévroses, peuvent dans de rares circonstances se déplacer légèrement. Ces déplacements musculaires ont été niés, mais il n'est guère possible d'en rejeter l'existence.

Il y a une espèce de déplacement qui a lieu sans que l'aponévrose qui enveloppe les muscles soit rompue. Ainsi, dans les fractures, dans les luxations, dans les courbures anormales des membres ou du corps, les muscles peuvent changer de position jusqu'au point d'acquiescer une fonction opposée à leur fonction primitive. Bouvier a vu un cul-de-jatte chez lequel la rotule avait été portée en dehors des condyles, et le triceps crural était devenu fléchisseur de la jambe sur la cuisse.

Les déplacements musculaires en dehors de ces conditions sont plutôt admis que démontrés.

On applique le nom de *hernie musculaire* au déplacement du muscle à travers une aponévrose rompue ou incisée. La science possède quelques observations bien positives de cette lésion sur laquelle a été récemment écrit un travail intéressant (1) que nous mettrons à profit pour cet article et dont nous recommandons la lecture.

Après avoir signalé l'existence, rare à la vérité, des déplacements de tout le corps d'un muscle, nous étudierons surtout ici les hernies musculaires.

ÉTIOLOGIE. — La rupture de l'aponévrose est la première condition de la hernie musculaire. Des instruments tranchants, des projectiles de guerre, des contractions énergiques d'un muscle, peuvent déchirer ces aponévroses; mais, pour que la hernie musculaire se produise, il faut que la plaie soit assez simple et que ses bords se cicatrisent isolément. Quand la plaie de l'aponévrose s'accompagne de suppuration, il se forme un tissu cicatriciel qui met obstacle à la hernie du muscle.

La déchirure de l'aponévrose peut être brusque ou se faire lentement. Murlon rapporte l'histoire d'un cavalier qui vit se développer subitement à la partie supérieure et interne de la cuisse une tumeur pendant un exercice d'équitation où, voulant retenir avec la bride son cheval qui devançait les autres, il fit un effort considérable et comprima fortement

(1) Murlon, *Essai sur les hernies musculaires*. Paris, 1861.

les flancs de l'animal entre ses deux cuisses. Il s'était fait là une hernie du premier adducteur.

Quelquefois la déchirure de l'aponévrose se fait lentement, lorsque cette membrane s'amincit par certains exercices musculaires qui s'accompagnent d'un frottement anormal. Dans une observation de Dupuytren (1), on a pu supposer que la déchirure de l'aponévrose et une hernie musculaire à la partie interne et postérieure de la jambe avaient été produites par l'exercice répété des muscles du mollet en montant à cheval à l'anglaise.

Ces hernies musculaires ont été observées, en général, chez des individus à professions rudes et sur des muscles puissants entourés de larges aponévroses qui leur sont unies par un tissu cellulaire lâche.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie musculaire consécutive à une rupture lente de l'aponévrose n'entraîne après elle qu'une certaine gêne progressive des mouvements; mais lorsque la rupture se fait brusquement, on entend d'abord un bruit de craquement suivi d'une douleur vive et d'une impossibilité d'exécuter le mouvement dont le muscle est chargé. Si l'on porte alors la main sur la partie douloureuse, on y trouve une petite tumeur de volume variable, sans adhérence à la peau, sans changement de couleur des parties. Cette tumeur, de consistance molle, fluctuante même, diminue de volume dans le relâchement du muscle, puis augmente de grosseur et devient dure quand ce muscle se contracte. On peut souvent sentir, avec le doigt, le trou fait à l'aponévrose et à travers lequel la hernie musculaire a passé. Tous ces signes sont très-marqués dans une observation publiée par Murlon (2), et dont je citerai ici quelques parties pour mieux affirmer l'existence de ces déplacements musculaires encore mise en doute par quelques chirurgiens.

« Un canonnier, en enfourchant rapidement son cheval qui cherchait à fuir au moment où il se soulevait sur l'étrier, entendit entre ses cuisses un bruit de craquement presque aussi violent qu'un coup de pistolet (*sic*). Aussitôt il sentit à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, à trois travers de doigt au-dessous de la racine des bourses, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, assez douloureuse et s'aplatissant sous la pression des doigts. Après quelques instants, cette grosseur ne provoqua qu'un peu de gêne, et le militaire put néanmoins assister à la manœuvre.

« Pendant deux mois, ce militaire tint sa maladie cachée; puis il se présenta au chirurgien dans l'état suivant: Tumeur située en haut de la cuisse droite, en dedans du paquet des vaisseaux fémoraux, au niveau du côté interne du triangle de Scarpa, du volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, indolente, d'une consistance qui varie selon les mouvements du membre. Dans la station debout, les cuisses étant largement écartées, elle est molle. Si l'on commande de rappro-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. IV, p. 13, 4 juillet 1829.

(2) *Loc. cit.*, p. 14.



cher les membres pelviens l'un de l'autre, elle devient progressivement très-dure, plus saillante, comme pédiculée, et si l'on porte la cuisse dans l'abduction, la tumeur diminue et finit par devenir imperceptible à l'œil; alors une compression légère la fait complètement disparaître à travers une ouverture qui peut recevoir quatre doigts, et dont les bords tranchants, perpendiculaires à l'axe du fémur, sont semblables à des cordes très-tendues.

« Si l'on applique la main au niveau de la tumeur ainsi réduite, on sent, quand la cuisse passe de l'abduction dans l'adduction, une masse ferme qui tend à s'échapper par l'ouverture dont il vient d'être parlé.

« Dans l'exercice, comme dans la marche, les moindres efforts tendent à augmenter les dimensions de la déchirure de l'aponévrose, et partant le volume de la tumeur. Le muscle adducteur, n'étant plus efficacement soutenu, perd de sa force, et sa fatigue se trahit par une sensation de brisement dans la cuisse.

« Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est formée; sa consistance, variable suivant les mouvements de la cuisse; sa réduction, facile par une pression modérée quand le membre est écarté de son congénère, etc., tout fait diagnostiquer une hernie musculaire à travers une déchirure de l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse. Le muscle déplacé est le premier ou moyen adducteur de la cuisse.

« Ce militaire, devenu impropre au service, fut renvoyé dans ses foyers avec un cuissard lacé qui soutenait la hernie.

DIAGNOSTIC. — Les hernies musculaires peuvent simuler des ruptures musculaires, quelques hernies intestinales, des abcès froids ou par congestion, des kystes. Les antécédents de la maladie doivent empêcher de confondre les hernies des muscles avec des abcès ou des kystes; mais comme les ruptures musculaires et les hernies intestinales surviennent assez souvent à la suite d'un effort, il faut appeler l'attention sur les caractères différentiels de ces affections.

Il y a, dans les ruptures musculaires, une impossibilité absolue d'exécuter certains mouvements, un enfoncement et un écartement faciles à constater et variables entre les deux bouts rompus du muscle, enfin une ecchymose, tous signes qu'on ne rencontre point dans la hernie musculaire.

Les hernies intestinales sont des tumeurs qui augmentent par la toux et l'éternement, qu'on réduit facilement et qui rentrent dans le ventre en faisant entendre un léger bruit, tandis que la hernie musculaire ne varie que sous la seule influence de la contraction musculaire.

Le pronostic de la hernie musculaire n'est pas grave, et cette lésion traumatique n'entraîne après elle qu'une gêne momentanée des mouvements.

TRAITEMENT. — Le traitement palliatif doit consister en l'application de bandages lacés ou élastiques; on peut repousser directement la hernie musculaire à l'aide d'une petite pelote fixée au bandage. Il faudrait, pour

guérir radicalement la hernie musculaire, faire sur le point lésé une incision jusqu'à l'aponévrose et panser la plaie avec de la charpie sèche, de façon à la faire suppurer et à y développer un tissu cicatriciel assez solide pour boucher le trou de l'aponévrose.

## SECTION II.

## MALADIES DES TENDONS.

Les tendons ne sont le siège que d'un petit nombre de lésions. Lorsqu'ils sont exposés au contact de l'air ou que leurs gaines s'enflamment et suppurent, ils éprouvent des altérations consécutives dont le dernier terme est la mortification. Les lésions primitives des tendons sont très-exceptionnelles; la syphilis peut y déposer ses produits plastiques, mais les faits n'autorisent pas à décrire une inflammation propre des tendons.

L'histoire des lésions traumatiques des tendons est au contraire très-riche de données cliniques, et mérite de fixer toute l'attention des chirurgiens. Nous étudierons donc dans cet article: 1° les plaies des tendons, 2° les ruptures sous-cutanées de ces cordes fibreuses, 3° enfin la ténotomie chirurgicale.

## ARTICLE PREMIER.

## PLAIES DES TENDONS.

a. Piqûres. — Les anciens, qui confondaient les tendons avec les nerfs, attachaient une grande gravité à la piqûre des tendons, car ils pensaient que cette blessure pouvait amener le tétanos et la mort. Aujourd'hui, la physiologie et l'expérience clinique ont démontré que la simple piqûre des tendons est une lésion insignifiante.

b. Coupures. — Les coupures des tendons sont longitudinales, obliques ou transversales. Les plaies longitudinales ne changent rien aux conditions des mouvements musculaires, et peuvent être méconnues; les plaies obliques et les plaies transversales amènent, lorsqu'elles sont complètes, un résultat tout opposé; enfin, les plaies qui divisent incomplètement les tendons, dans une direction transversale ou oblique, ont, suivant la quantité de fibres saines conservées, des conséquences variées pour le rétablissement des mouvements.

Lorsqu'un tendon est coupé transversalement, les deux bouts s'écartent l'un de l'autre. Le bout musculaire, attiré par la contraction du muscle, se rétracte davantage que le bout opposé, qui cependant s'écarte aussi du premier par l'action des muscles antagonistes. Aussi quand un des tendons extenseurs des doigts est coupé en travers, le doigt correspondant est fortement fléchi et entraîne avec lui le bout terminal du tendon.

Cet écartement explique comment on ne découvre pas toujours entre les lèvres de la plaie cutanée les extrémités tendineuses coupées, ou au