

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

moins l'extrémité musculaire qui, rétractée plus ou moins haut, a besoin, pour être vue, d'être ramenée à l'aide d'une pince au niveau de la solution de continuité faite à la peau.

Les plaies transversales des tendons s'accompagnent d'une abolition des mouvements accomplis par les muscles auxquels ces tendons se fixent. Si, dans ce cas, quelques mouvements sont conservés, il faut les attribuer à des muscles auxiliaires. On constate encore une disparition des saillies produites par les tendons, quand ces mouvements s'accomplissent.

Les conséquences d'une plaie plus ou moins étendue de la peau avec lésion des tendons sont variables suivant que la plaie suppure ou qu'elle se réunit par première intention. On supposait autrefois qu'un tendon exposé à l'air devait toujours s'exfolier, et que la suppuration qui se développait autour de lui était nécessairement suivie de sa mortification. Cette doctrine était erronée, car l'exfoliation des tendons n'est pas la conséquence forcée des deux circonstances que nous venons de rappeler.

Dans quelques cas les tendons exposés à l'air se dessèchent, se racornissent, prennent une teinte grisâtre et se détachent plus tard par lambeaux. Cette exfoliation des tendons, partielle ou complète, s'accompagne toujours d'une suppuration qui est parfois très-infecte. Dans d'autres cas, les tendons ne s'exfolient pas; on les voit, après quelques jours d'une suppuration qui a envahi toute la plaie, se recouvrir d'une couche de bourgeons charnus rouges qui tranchent par leur couleur avec l'éclat nacré de la fibre tendineuse. Puis, peu à peu, les extrémités coupées des tendons sont entièrement recouvertes par une couche de granulations rutilantes. La mortification est plus fréquente dans les tendons à gaines fibreuses que dans ceux qui sont entourés d'une gaine celluleuse, lâche et très-vasculaire, et les gros tendons, comme le tendon d'Achille, sont moins exposés que d'autres à se mortifier.

Quoi qu'il en soit, que les bouts du tendon divisés s'exfolient, ou qu'après une suppuration plus ou moins longue, ils se perdent dans une gangue celluleuse cicatricielle, les résultats sont à peu près les mêmes; les mouvements ne se rétablissent pas.

Une conséquence encore très-fâcheuse de la suppuration, c'est l'adhérence des extrémités tendineuses à la cicatrice. Dans ce cas, cette cicatrice est sans cesse tirillée par le bout musculaire du tendon, et si elle est mince et peu solide, elle peut se déchirer et s'ulcérer.

Quand la plaie ne suppure pas, les choses se passent encore d'une façon très-variable. Il peut arriver que, sans intervention chirurgicale, les deux bouts du tendon coupé se rapprochent à cause de la position donnée à la partie malade, et qu'il se fasse une sorte de réunion immédiate, qui conservera une grande solidité, si l'on n'imprime pas trop tôt des mouvements à la région blessée. La réunion des deux bouts du tendon peut se faire par un tissu intermédiaire, dont nous étudierons plus loin l'évolution en parlant de la *ténotomie*. Si, dans ces deux cas, la cicatrice tendineuse n'adhère pas à la cicatrice cutanée, les mouvements du membre

pourront se rétablir complètement; au cas contraire, le malade éprouvera dans la cicatrice les tiraillements dont j'ai parlé plus haut.

Nous venons de supposer que les deux bouts du tendon coupé se sont soudés, mais il peut arriver que ces bouts ne se réunissent pas. Ils restent alors isolés l'un de l'autre à une certaine distance; leurs extrémités sont tantôt renflées, tantôt amincies, effilées. Quand la division porte sur un tendon à gaine fibro-séreuse, les extrémités divisées du tendon peuvent prendre adhérence sur la face séreuse de cette gaine.

PRONOSTIC. — Ces lésions traumatiques sont toujours graves. La perte de certains mouvements peut en être la conséquence, et il en résulte souvent alors une difformité de la partie par l'action non combattue des muscles antagonistes. Ainsi, dans la section des extenseurs des doigts, les fléchisseurs, agissant seuls, entraînent vers la face palmaire de la main les doigts dont les tendons sont coupés; à cette paralysie musculaire, à cette déformation de la partie se joignent encore souvent des tiraillements douloureux qui se produisent dans certains mouvements au niveau de la partie blessée.

TRAITEMENT. — Le chirurgien est consulté: 1° pour les plaies récentes des tendons; 2° pour les conséquences fâcheuses de ces plaies mal cicatrisées. Il faut donc examiner la question du traitement à ce double point de vue.

1° On peut dans les plaies récentes, et suivant les cas, obtenir une réunion très-exacte des tendons coupés, à l'aide de la *position*, des *bandages* et de la *suture*.

On a recueilli un bon nombre d'observations qui prouvent que la *position* suffit seule à réunir les plaies des tendons. Rognetta (1) et Mondière (2) ont chacun rapporté des exemples qui ne doivent laisser aucun doute sur l'utilité de ce moyen, lorsqu'on peut, à l'aide de la situation de la partie et d'un appareil convenable, tenir rapprochées les extrémités des tendons divisés. Il faut, du reste, avoir soin de ne pas faire chevaucher les deux bouts du tendon.

Quand un ou plusieurs tendons ont été divisés, on doit donc essayer de les rapprocher en reproduisant le mouvement qu'ils faisaient à l'état normal. On examine alors, à travers la solution de continuité faite à la peau, la situation relative des deux extrémités tendineuses, et si le rapprochement est exact et fixe, on doit essayer de le maintenir en conservant à la partie cette position. Les appareils inamovibles, et en particulier les appareils de plâtre ou de stuc, qui se dessèchent très-rapidement, conviennent à merveille ici. Comme ces appareils doivent rester au moins quinze jours en place, il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter une

(1) Des lésions traumatiques des tendons et de leur traitement (Archiv. de méd., 2<sup>e</sup> série, 1834, t. IV, p. 206).

(2) Quelques faits de médecine pratique; des plaies et de la suture des tendons (Archiv. de méd., 2<sup>e</sup> série, 1837, t. XIV, p. 55).

compression trop forte de la peau. Dans ce but, on commencera par entourer exactement d'une couche épaisse de ouate la partie malade, à l'exception du lieu de la plaie qui devra être laissé à découvert. Des attelles de bois ou de carton soutiendront le membre dans la position la plus convenable pour le rapprochement des bouts du tendon; enfin, on recouvrira la ouate et les attelles d'une bande dextrinée ou enduite de stuc, en ayant soin de maintenir une fenêtre au niveau de la plaie. Un bandage très-simple peut avantageusement remplacer tous les appareils compliqués, de fer ou de bois, qu'on a proposés dans le même but.

La solution de continuité aux téguments doit être réunie par des agglutinatifs ou par la suture, afin d'obtenir une guérison de la plaie sans suppuration.

Cet appareil doit être laissé en placé jusqu'après la cicatrisation de la plaie cutanée, de quinze à vingt jours au moins, et lorsqu'on l'ôtera, le malade devra, pendant une huitaine de jours encore, éviter de faire des mouvements avec la partie blessée.

La position et les bandages peuvent, dans un certain nombre de cas, ne point suffire à la réunion des tendons coupés, et l'on doit avoir recours à un mode de rapprochement plus énergique. C'est alors la suture qu'on doit employer.

Les anciens, qui attachaient une si grande gravité à la simple piqûre des tendons, tenaient la suture pour fort dangereuse. Guy de Chauliac (1) s'éleva d'abord contre cette doctrine, mais ne parvint point à convaincre les esprits. Les expériences de Haller et celles de Castell (2), en démontrant la faible sensibilité des tendons, devaient engager les chirurgiens à tenter plus souvent qu'autrefois leur suture. Cependant cette opération n'est point entrée franchement dans la chirurgie; et cela a pu tenir non-seulement à la crainte du tétanos, mais aussi à d'autres causes. On faisait d'abord à la suture des tendons les objections qu'on adressait à la suture en général, puis on craignait de voir les tendons s'exfolier sous l'influence des fils qui les rapprochaient; enfin on savait que par la position seule on pouvait arriver à obtenir souvent un résultat favorable.

Toutefois, en parcourant les annales de la science, on trouve quelques beaux succès de réunion des tendons par la suture. Ambroise Paré raconte dans son livre des *Monstres et prodiges*, au chapitre XVIII, intitulé : *De plusieurs autres choses étranges*, une observation de suture des tendons, qui témoigne de l'étonnement que ce fait avait laissé dans son esprit : « Estienne Tessier, dit-il, maistre barbier, chirurgien, demeurant à Orléans, homme de bien et expérimenté en son art, m'a récité « que depuis peu de temps avoit pansé et médicamenté Charles Verignel, « sergent, demeurant à Orléans, d'une plaie qu'il avoit receuë au jarret, « partie dextre, avec incision totale des deux tendons qui fléchissent le

(1) Edit. L. Joubert, p. 263. Rouen, 1649.

(2) Haller, *Disputationes chirurgicæ*, t. IV, p. 295.

« jarret; et pour l'habiller luy fit fléchir la jambe, en sorte qu'il cousit les « deux tendons bout à bout l'un de l'autre, et la situa et traita si bien, « que la playe fut consolidée sans estre demeuré boiteux; chose digne « d'estre bien notée au jeune chirurgien, afin que lorsqu'il luy viendra « entre ses mains telle chose, il en fasse le semblable (1). » Mais, malgré l'approbation de Paré, on ne compte pas en très-grand nombre les exemples de ce genre. Les plus connus sont ceux qui ont été successivement publiés par Barthélemy (2), d'après la pratique de Larrey, par Acher (3), par Mourgues (4), et qui montrent de très-beaux succès par l'emploi de la suture.

Quand on veut appliquer la suture à une semblable lésion, il faut d'abord donner à la partie une position qui corresponde au mouvement produit par le muscle dont le tendon est coupé, et rechercher avec une pince le bout supérieur du tendon rétracté dans les gaines tendineuses. Dès qu'on a sous les yeux les deux bouts du tendon, on examine s'ils sont dans un état propre à la réunion des parties, et, au cas contraire, on les avive légèrement. On doit d'abord passer un fil dans le bout supérieur, à 2 ou 3 millimètres au moins de la surface de section; on traverse ensuite le bout inférieur avec l'autre chef du fil, on affronte alors les bouts du tendon et on les fixe par un double nœud. Acrel, dans un cas de réunion du tendon extenseur du médius de la main droite, coupa les fils très-près du nœud et les laissa dans la plaie. Il tira ensuite la peau du dos de la main vers les doigts, voulant par là éviter que la plaie du tendon ne correspondit à celle de la peau et que, la cicatrisation venant à les réunir ensemble, les mouvements du tendon ne fussent gênés par son adhérence à la peau. Quoique, dans ce cas, le succès ait été complet, il ne faut pas oublier que vers le quinzième jour, quelques gouttes de pus suintèrent à travers la plaie, et que le fil sortit en même temps. Cet abcès guérit vite, il est vrai, mais il paraît plus prudent de conserver au dehors un des chefs du fil qu'on ramène dans un des angles de la plaie cutanée, par le plus court chemin possible.

S'il s'agit d'un tendon très-peu large, de deux lignes environ, un seul point de suture suffit; deux points de suture sont utiles pour chaque tendon de trois lignes de diamètre transversal.

Si, au lieu d'une simple section du tendon, on avait à traiter une plaie avec excision d'une certaine longueur de la corde fibreuse, on pourrait suivre l'exemple de Missa (5) qui, dans un cas de plaie du tendon du médius, réunit le bout musculaire de ce tendon au tendon de l'indicateur, et

(1) Ambr. Paré, édit. Malgaigne, t. III, p. 42.

(2) *Recherches sur les moyens propres à procurer la réunion des tendons après leur section* (thèse, Paris, 1834, n° 112).

(3) *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 222.

(4) *Revue de thérapeutique du Midi*, 1857.

(5) *Gazette salubre*, 1770, n° 21.

la portion digitale au tendon de l'annulaire. Ainsi les fibres de ce dernier muscle servirent à remuer le doigt blessé.

Quoi qu'il en soit, on laissa la suture en place jusqu'à ce que le fil se détache de lui-même, et l'on enleva alors du quinzième au dix-huitième jour l'appareil dextriné ou autre qui servait à immobiliser la partie. On ne doit permettre de mouvements que vers le vingt-cinquième jour. Ces mouvements seront progressivement augmentés, et plus tard on devra chercher à donner de la mobilité et de la souplesse au membre par des frictions huileuses, des massages, quelques douches et des exercices répétés des muscles.

b. Nous avons jusqu'alors parlé des plaies récentes, mais il est important de savoir quelle conduite le chirurgien doit tenir, dans le cas où, à la suite de plaies anciennes cicatrisées, les bouts des tendons ne se sont pas réunis ou sont venus se confondre avec une gangue fibro-celluleuse lâche, de façon, dans tous les cas, à priver le membre de mouvements.

Il n'y a eu jusqu'alors qu'un petit nombre d'opérations faites dans cette direction, mais leur résultat a été assez satisfaisant pour nous engager à imiter nos devanciers. Nous allons rappeler brièvement ici la plupart de ces faits dont la connaissance est d'un bon enseignement pratique.

On lit déjà, dans Petit (de Lyon) (1), la relation fort concise d'un fait très-intéressant de ce genre. Le sujet de cette observation, M. de Priançon, avait perdu l'usage du doigt indicateur de la main droite, par suite d'une ancienne blessure de la face postérieure de cette partie. Il insista très-vivement auprès de Petit pour être opéré, et le chirurgien de Lyon finit par se décider à l'opération. « Le dos de la main fut fendu. J'y cherchai, dit Petit, les deux bouts du tendon séparés par un intervalle de près de deux pouces; ils étaient arrondis et tuberculeux. Je les coupai pour en faire une plaie saignante; je traversai chaque bout du tendon avec une aiguille, les maintins rapprochés par un fil, un bandage et une situation convenable. La guérison, radicale le vingt-cinquième jour, fut une occasion de triomphe pour M. de Priançon, pour l'art et pour son disciple. »

On trouve dans Dutertre (2) la relation d'un cas du même genre, mais la complication du procédé opératoire et du bandage mis en usage par ce chirurgien a fait oublier ce que cette opération pouvait avoir d'important pour la science.

Roux (3) a fait une opération analogue à celle de Petit, sur un pianiste qui avait le doigt médius de la main droite continuellement fléchi et comme renversé sur la paume de la main, à la suite de la section de l'extenseur par un morceau de verre. On alla à la recherche des bouts cicatrisés des tendons, on les réunit, et le fil fut enlevé le dix-septième jour. Le doigt reprit ses mouvements normaux.

(1) *Essai sur la médecine du cœur*. Lyon, 1806, p. 320.

(2) *Médecine opératoire*. Paris, 1816.

(3) *Gazette médicale*, 1853, p. 701.

Syme (1) a pratiqué une semblable opération pour la non-cicatrisation d'un tendon d'Achille coupé. La malade du chirurgien d'Édimbourg, âgée de vingt et un ans, eut, en fauchant, toute l'épaisseur du tendon d'Achille du côté gauche divisée par l'instrument de son voisin. La plaie fut d'abord traitée comme une lésion superficielle; mais le membre, après la cicatrisation de la blessure, pouvait à peine servir dans la marche. Cette femme vint consulter Syme cinq mois après l'accident: une dépression très-marquée et une petite cicatrice transversale indiquaient le siège de la lésion; lorsque le pied était fléchi à angle droit sur la jambe, on sentait distinctement les extrémités divisées du tendon à un pouce et demi l'une de l'autre. La malade ne pouvait soulever le talon de terre, et semblait, en marchant, plutôt trainer son membre que s'appuyer sur lui.

Une incision, longue d'environ trois pouces, fut pratiquée le long du tendon et passa sur la dépression; deux autres petites incisions transversales circonscrivirent la cicatrice, et les lambeaux ainsi formés furent renversés de manière à montrer parfaitement la situation des bouts rétractés. La substance fibreuse qui les unissait fut enlevée avec soin, et le pied étant fortement étendu, deux aiguilles furent passées dans la substance des deux extrémités du tendon, de manière à les mettre parfaitement en contact. On appliqua l'appareil de Petit pour la rupture du tendon d'Achille; la plaie se réunit presque entièrement par première intention, et aucune espèce d'accident n'étant survenu, la malade sortit au bout de six semaines, se servant, pour marcher, d'un soulier à haut talon qu'elle put bientôt quitter pour reprendre le libre usage de sa jambe.

Sédillot (2) a publié aussi une observation très-remarquable de cette réunion de tendons anciennement divisés et mal cicatrisés. Voici le résumé de ce fait. Un militaire reçut un coup de sabre au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit, et, quelques semaines après l'accident, on constata une perte des mouvements d'extension, complète dans les doigts auriculaire et annulaire, incomplète dans le médius. On apercevait alors, au tiers postérieur et inférieur de l'avant-bras droit, une cicatrice de 13 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur, de forme allongée, légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes et située à 23 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Sédillot fit une incision longitudinale de 6 centimètres à 8 millimètres en dedans de la cicatrice; il aviva les deux bouts du tendon mis à nu, les plaça au contact et les réunit par un seul point de suture au milieu du tendon. La réunion fut faite par un double nœud, dont un des chefs fut coupé et l'autre maintenu en dehors; on réunit la peau par trois points de suture, et la main fut tenue dans l'extension. Le malade guérit et reprit les mouvements des doigts blessés.

Je mentionnerai enfin un dernier fait emprunté à la pratique de Chassai-

(1) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, octobre 1836.

(2) *Gazette médicale*, p. 700.

gnac (1), parce qu'il y a dans cette observation une idée chirurgicale qui ne s'aperçoit pas dans les autres, et qui peut être parfois mise à profit utilement. Chassaignac n'a point réuni les deux bouts du tendon coupé, mais il a simplement fixé le bout supérieur sur la cicatrice à laquelle adhérerait le bout inférieur, et cela a suffi pour rétablir les mouvements. Voici, du reste, une analyse de ce fait intéressant.

Une jeune fille de seize ans tomba, au mois de novembre 1853, sur une carafe à moitié vide. Un fragment de cette carafe fit à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche une plaie transversale qui se cicatrisa après avoir suppuré, et laissa une perte des mouvements de flexion du pouce et de l'indicateur. Le bout inférieur du tendon divisé adhéra à la cicatrice; car si l'on saisissait le bord inférieur de cette cicatrice au moyen de l'ongle, et si l'on cherchait à le tirer de bas en haut, on déterminait aussitôt la flexion de l'indicateur. C'est à la suite de cet essai que Chassaignac conçut l'idée de ramener le bout supérieur du tendon au contact de la cicatrice. L'opération fut pratiquée le 4 février 1854. On mit à découvert les tendons fléchisseurs dans une étendue de deux travers de doigt, au moyen d'un lambeau rectangulaire représentant un couvercle de tabatière disposé de telle sorte que l'un des côtés était parallèle à l'artère radiale, que le bord inférieur contigu à la cicatrice était transversal, et le bord supérieur situé à deux travers de doigt au-dessus parallèle à celui-ci.

On trouva avec quelques difficultés le bout supérieur du tendon dont l'extrémité était renflée. Puis, dès que cette extrémité fut séparée des parties environnantes, on traversa son centre d'un fil à ligature, et l'on mit ce tendon en contact avec la cicatrice par un point de suture dont on laissa pendre les deux chefs au dehors. Il n'y avait eu aucun ravivement préalable du tendon. Au bout de six jours la réunion était presque complète, et la jeune fille commençait à fléchir l'indicateur. La guérison fut achevée en quinze jours, et les mouvements abolis furent rétablis.

Il est facile de tirer de ces différentes observations des enseignements précieux pour la conduite que le chirurgien doit tenir dans des cas analogues. On devra mettre à nu les tendons mal cicatrisés en pratiquant une incision suivant leur longueur et à quelques millimètres en dehors d'eux. Les lèvres de cette incision seront tirées fortement d'un côté ou de l'autre, de façon à pouvoir rechercher les bouts des tendons. Le but de cette incision longitudinale et en dehors de la ligne tendineuse est facile à comprendre: on évite ainsi de créer une nouvelle cicatrice qui pourrait plus tard être adhérente aux tendons.

Dans un second temps de l'opération, on va à la recherche des extrémités tendineuses, qu'on dégage de la cicatrice à laquelle elles adhèrent. On aura soin de ne pas trop dépouiller le tendon du tissu cellulaire qui lui sert de gaine, et sans laquelle il pourrait se mortifier. On ravivera

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 195.

ensuite légèrement les extrémités tendineuses, puis on les mettra en rapport exact à l'aide d'un ou de deux fils très-fins. La plaie faite à la peau sera aussi réunie par la suture. On devra, pour ces deux sutures, faire usage de fils d'argent qui peuvent rester longtemps en place sans provoquer la suppuration.

On aide à l'action de la suture par une position convenable du membre, mais on n'a pas besoin d'exagérer cette position, comme cela se fait quand on emploie ce dernier moyen seul: ce qui est toujours très-fatigant pour le malade.

Si l'on arrive à obtenir une réunion immédiate de la peau, on peut espérer que le retour des mouvements se fera assez promptement. Il faut, du reste, lorsqu'on s'est assuré depuis quelques jours de l'union des bouts divisés du tendon, faciliter le rétablissement des mouvements par des exercices du membre, par quelques douches, des massages et même par des incisions sous-cutanées, s'il existe des adhérences.

## ARTICLE II.

### RUPTURES SOUS-CUTANÉES DES TENDONS.

Nous avons déjà parlé de la fréquence comparée des ruptures musculaires et tendineuses, et nous allons compléter ce sujet par quelques détails sur les ruptures tendineuses en particulier. Ce sont les tendons extenseurs de la jambe et du pied, le tendon d'Achille, celui du plantaire grêle, du droit antérieur de la cuisse, enfin le tendon rotulien, qui se rompent le plus souvent. On observe bien plus rarement cette lésion aux membres supérieurs dont l'action est plus dépendante de la volonté, cependant on l'a vue sur le tendon de la longue portion du biceps dans la coulisse tendineuse.

La cause de cet accident est dans une contraction volontaire, mais trop énergique du muscle, ou dans une de ces contractions automatiques que l'instinct seul domine, quand il s'agit, par exemple, de porter le corps violemment dans une direction pour éviter quelque danger. Certaines altérations anatomiques du tendon favorisent ces ruptures. Ainsi quelques tendons, comme ceux de la longue portion du biceps huméral ou du psoas iliaque, peuvent s'user peu à peu lorsque la bourse séreuse qui les entoure s'oblitére, se dessèche et ne les protège plus contre les frottements. On comprend que dans cet état d'usure le tendon se rompe facilement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique de cette lésion n'est pas bien étudiée. Martini (1) a fait connaître l'autopsie d'un sujet emporté par une hémorrhagie cérébrale un an après s'être rompu le tendon du droit antérieur. Chez ce blessé qui, six mois après son acci-

(1) *Medizin. Correspondenzblatt*, Bd. VIII, n° 50, 1838.