

La ténotomie peut aussi s'accompagner de plusieurs accidents qui compromettent le succès de l'opération. Ces accidents, fort rares du reste, sont la fièvre traumatique, des symptômes nerveux, l'érysipèle, la phlébite, l'inflammation phlegmoneuse et la suppuration. Nous n'insisterons pas sur les premiers accidents, qui n'ont rien de propre à la ténotomie, et nous ne parlerons de l'inflammation et de la suppuration que parce qu'elles ont été contestées après la section sous-cutanée des tendons.

Contrairement à J. Guérin, Bouvier admet qu'une inflammation réparatrice ou adhésive est constante et nécessaire. D'abord, elle est constante, car : 1° on perçoit aisément du gonflement et l'on fait naître de la sensibilité en pressant et en distendant le lieu où s'est faite la section ; et 2° dans les autopsies des cas simples, sur les animaux, on trouve de l'injection des tissus, et les liquides épanchés présentent, à l'œil nu et au microscope, tous les caractères des exsudats inflammatoires. D'ailleurs, cette inflammation est nécessaire, car elle dispose les vaisseaux de manière à surexciter la production des éléments anatomiques utiles à la formation de la cicatrice. Maintenant l'absence de fièvre ne prouve pas suffisamment contre l'absence d'inflammation, car celle-ci peut n'exister qu'à un faible degré dans chaque point divisé. Mais de ce qu'il y a une inflammation réparatrice, constante et nécessaire, il s'ensuit, d'une part, qu'on ne pourra pas impunément multiplier les ténotomies sur le même sujet, etc. ; d'autre part, que les cas de suppuration et d'abcès, rares il est vrai, s'expliquent par le passage de l'inflammation adhésive à l'inflammation suppurative.

Celle-ci commence tantôt par la plaie profonde et tantôt par la piqûre ; la suppuration de la piqûre n'a guère d'inconvénient, mais celle de la plaie profonde compromet l'opération en forçant à ajourner la suite du traitement.

Les causes de ces accidents sont la grande étendue de la plaie des téguements, sa communication trop large ou trop directe avec la plaie du tendon ; l'écartement, le tiraillement, le frottement des bords de la plaie cutanée, la pression de quelque pièce d'appareil ; une extension trop forte, opérée prématurément sur les tissus divisés ; ou bien encore une idiosyncrasie, telle que la scrofule, une maladie aiguë intercurrente, un épanchement de sang trop considérable.

On devra donc prendre la précaution de faire la piqûre de la peau aussi petite que possible, et d'en déterminer rapidement l'occlusion. On aura soin, d'ailleurs, d'obtenir la séparation la plus complète entre la piqûre et la plaie tendineuse ; enfin, on surveillera attentivement l'action des appareils mécaniques.

Il est intéressant de savoir comment agit la ténotomie dans la rétraction tendineuse, et comment la réunion ultérieure des deux bouts divisés ne reproduit pas la déviation primitive. Stromeyer pensait que la ténotomie fait cesser le spasme musculaire ; mais ce qui est certain, c'est qu'il résulte

de l'opération un allongement définitif du système musculo-tendineux, par la production du tissu de cicatrice qui vient combler l'écartement résultant, d'une part, de la rétraction du bout supérieur ou musculaire, et d'autre part, de l'éloignement que subit le bout inférieur ou tendineux par le redressement de la partie difforme. Ainsi se trouve expliquée la nécessité du traitement mécanique consécutif. Ajoutons enfin que ce traitement doit être prolongé assez longtemps en raison de la tendance à la rétraction propre à tout tissu cicatriciel.

ARTICLE IV.

DE LA MYOTOMIE.

La plupart des indications de la ténotomie sont applicables à la section propre des muscles, désignée encore sous le nom de *myotomie*. Cependant il est bon de remarquer qu'en coupant le tissu musculaire, on provoque en général un épanchement sanguin assez notable qu'on ne voit guère dans la section des tendons. Cet épanchement de sang soulève la peau entre les deux bouts du muscle coupé, et forme une bosse fluctuante, bleuâtre ou d'un jaune ecchymotique, qui se résorbe en général avec une assez grande facilité. Quelquefois la résorption est complètement achevée en quarante-huit heures. Du reste, cet épanchement sanguin varie suivant l'épaisseur du muscle, le siège de cet organe et le degré de tiraillement que lui imprime la rétraction musculaire. Les muscles minces sont peu vasculaires, et il en est de même de ceux qu'une rétraction énergique maintient à l'état de feuillet fibreux.

Lorsque le sang épanché s'est résorbé, on trouve entre les deux bouts du muscle une matière gélatiniforme qui plus tard devient fibreuse ; mais comme nous l'avons déjà dit à l'article PLAIES DES MUSCLES, le mode de réparation de ce tissu est peu connu.

On a coupé un très-grand nombre de muscles. Stromeyer fit la section du faisceau externe du sterno-mastoidien et de la portion claviculaire du trapèze pour une contracture spasmodique de ces faisceaux musculaires. Dieffenbach (1) conseilla d'inciser les muscles grand et petit pectoral pour réduire avec plus de facilité une ancienne luxation du bras. Mais une extension énorme fut donnée aux opérations myotomiques par Jules Guérin, dans l'application qu'il voulut faire de la myotomie au traitement des déviations rachidiennes et des luxations congénitales. Tous les muscles de l'œil, quelques-uns de ceux de la langue, ont aussi été coupés dans le but de guérir le strabisme, la myopie, la fatigue des yeux dans leur accommodation, enfin le bégayement ; mais toutes ces tentatives, si pompeusement vantées naguère, ne sont plus aujourd'hui qu'une histoire ancienne et souvent peu édifiante.

(1) *Die operative Chirurgie*, 1845, Bd. I, S. 794.

BIBLIOTHECA
MUSEI MUSEI MUSEI

On se sert, pour la myotomie, des instruments dont nous avons parlé à propos de la ténotomie. Il faut faire une très-petite ouverture dont on détruira soigneusement le parallélisme avec la section musculaire. On prend ici de plus grandes précautions que pour la ténotomie, parce qu'après la section des muscles qui donne lieu à un assez abondant écoulement sanguin, une inflammation suppurative doit être plus à craindre.

Le traitement consécutif est le même que celui des sections tendineuses.

CHAPITRE VI.

MALADIES DES NERFS.

Les lésions chirurgicales des nerfs sont des affections qu'on ne rencontre pas souvent dans la pratique, et auxquelles nous ne consacrerons pas de longs développements. Quelques-unes d'entre elles, comme le cancer, sont même si rares, qu'on peut se borner à les mentionner. Nous décrirons seulement dans ce chapitre la *névrite*, les *névromes*, les *lésions traumatiques des nerfs*, et nous ferons suivre ces articles de quelques mots sur la *névrotomie*.

ARTICLE PREMIER.

INFLAMMATION DES NERFS. — NÉVRITE.

L'inflammation des nerfs, qu'on désigne sous le nom de *névrite*, ne se voit que très-rarement comme affection isolée. Quand les cordons nerveux s'enflamment, c'est le plus souvent le résultat de la propagation d'une phlegmasie développée dans les parties voisines. Mais nous ne connaissons pas encore très-bien les lésions inflammatoires des nerfs, et peut-être doit-on rattacher à quelques formes chroniques de la *névrite* certains états douloureux connus sous le nom de *névralgies* ou de *rhumatismes*.

HISTORIQUE. — La rareté de la *névrite* explique comment peu de recherches ont été faites sur cette maladie. Les principaux renseignements sur l'histoire de cette affection se trouvent disséminés çà et là dans d'autres travaux sur les affections locales des nerfs, travaux dont nous allons donner l'indication bibliographique à côté de ceux sur la *névrite*.

NASSE, *De neuritide* (dissert.). Halæ, 1800. — MARTINET, *Mémoire sur l'inflammation des nerfs* (*Revue médicale*, 1824, t. II, p. 329). — SWAN, *Treatise on Diseases and Injuries of the Nerves*. London, 2^e édit., 1834. — DESCOT, *Dissertation sur les affections locales des nerfs* (thèse de Paris, 1825). — HAMILTON, *On some Effects resulting from Wounds of Nerves* (*Dublin Journal of Med. Science*, vol. XIII, 1838). — DUBREUILH, *Recherches expérimentales sur l'inflammation des nerfs* (*Clinique de Montpellier*, 1845, nos 5, 7). — BÉRARD, *Note sur les accidents qui suivent la piqûre des nerfs* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1846). — BEAU, *De la névrite et de la névralgie intercostales* (*Archives générales de mé-*

decine, février 1847). — WUNDT, *Untersuchungen über das Verhalten der Nerven in entzündeten und degenerirten Organen* [Recherches sur les nerfs dans les organes enflammés et dégénérés]. Heidelberg, 1856. — CH. LONDE, *Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs* (thèse de Paris, 1860, n^o 199).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le premier caractère anatomique de l'inflammation du nerf, c'est la rougeur du névrilemme. Les vaisseaux qui le traversent sont injectés partiellement ou dans une grande étendue, et l'on peut même rencontrer çà et là de petites ecchymoses. Le nerf subit un gonflement qui peut doubler ou tripler son volume, et en même temps on constate une sorte de ramollissement du tissu nerveux par une infiltration de sérosité. L'aspect lisse et nacré du nerf disparaît sous une couche tomenteuse et grisâtre. En effet, c'est d'abord un exsudat mou qui unit le nerf aux parties voisines; mais plus tard cette lymphe plastique se solidifie, devient calleuse, et ce nerf est entouré de masses indurées qui le compriment et font subir une transformation graisseuse aux fibres.

On n'a vu que très-rarement de la suppuration dans le cordon nerveux, mais dans ce cas il peut être tout à fait détruit. Quand l'altération est si profonde, le nerf est remplacé plus tard par un faisceau aminci, d'un gris ardoisé, accompagné par des vaisseaux dilatés.

Les nerfs traversent souvent des parties enflammées, sans l'être eux-mêmes et sans subir aucune altération; mais dans d'autres cas ils éprouvent là une espèce de dégénérescence graisseuse, comme Wundt l'a indiqué. Les parties constituantes du contenu des tubes nerveux se réduisent ici en une bouillie homogène de noyaux. Ces fibres conservent d'abord leur largeur primitive, mais à la fin la gaine se détruit aussi.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la *névrite* ne sont guère nombreuses: une lésion traumatique, l'action prolongée d'un froid humide, la propagation au cordon nerveux d'une inflammation développée dans son voisinage, telles sont les causes de la *névrite* qu'on trouve le plus souvent signalées dans les observations de cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il y a des symptômes bornés à la région malade, et d'autres qui sont l'expression d'un trouble général de l'économie.

La maladie débute par une très-vive douleur qui part du point enflammé et s'irradie de là vers la périphérie du nerf. Cette douleur est le plus souvent vive, continue avec des exacerbations fort pénibles, et quelquefois sourde, avec des élancements intermittents. La pression et les mouvements l'exaltent, aussi le malade garde-t-il instinctivement, avec le repos, une certaine position du membre qu'explique assez bien la roideur du nerf qui a perdu son élasticité. On observe parfois sur le trajet du nerf enflammé un sentiment de froid, une vive chaleur ou bien une sorte d'insensibilité qui n'empêche pas le développement de douleurs spontanées. La *névrite* sur des nerfs mixtes amène des spasmes, des contractures rebelles, ou parfois encore de la paralysie, les muscles ne répondant plus ici à l'action électrique. Quand le nerf est superficiellement situé, on peut