

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 laisse la suture en place jusqu'à ce que le fil se détache de lui-même, et l'on enlève 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 des 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 près 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 médium 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 traîner 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 médium. On apercevait alors au tiers postérieur et inférieur de l'avant-bras droit, une cicatrice de 12 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 1858, 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 inférieur 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 fut 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 renseignements 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 point 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 hémorragie 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.