

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 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.

dent, marchait, montait et descendait les escaliers sans claudication ni fatigue, la réunion s'était opérée au moyen d'une substance intermédiaire de la largeur d'un doigt.

Picard (1) a présenté à la Société anatomique un cas assez intéressant de rupture du tendon du biceps huméral, à un travers de doigt au-dessus du commencement de la coulisse. Au niveau du point où se trouvait le bout inférieur du tendon divisé, on sentait durant la vie une tumeur grosse comme la moitié d'une noix. On vit, à l'autopsie, que cette tumeur était formée par une duplicature du tendon, telle que la partie supérieure du fragment décrivait une anse à concavité inférieure; la moitié réfléchie avait environ dix à douze lignes. Il est assez difficile de se rendre compte de cette curieuse disposition.

On admet mieux qu'on ne prouve l'existence des ruptures incomplètes des tendons.

SYMPTOMATOLOGIE. — Cet accident s'annonce par une douleur assez vive qu'accompagne un bruit sec qu'on a comparé à un coup de fouet. Le membre dans lequel un tendon s'est rompu, éprouve une impuissance relative, certains mouvements ne pouvant plus s'exécuter nettement. Quand l'accident arrive aux membres inférieurs, le blessé peut tomber; mais si la rupture existe au membre supérieur, les mouvements cesseront seulement dans le muscle dont le tendon est rompu ou dans ceux de son voisinage. Ainsi un homme dont l'observation est rapportée par J. Grantham (2) éprouva une douleur très-aiguë au poignet en enlevant une longue échelle qu'il ne soutenait qu'avec les doigts; immédiatement après il ne put plus serrer la truelle, et en examinant l'avant-bras, on constata une rupture dans le point où le long radial externe devient superficiel entre le long supinateur et le court radial externe.

Le signe le plus confirmatif de l'accident, c'est l'écartement des bouts de la rupture. On sent bien avec le doigt les extrémités rompues du tendon; on peut même quelquefois les remuer latéralement. Il n'y a que peu de douleur au point lésé, et le plus souvent on n'y constate pas d'ecchymose. Il s'y développe parfois une tuméfaction légère qui tient à un peu de congestion et au raccourcissement du corps charnu du muscle. Quand on observe le malade assez longtemps après l'accident, on trouve encore une sorte de renflement au niveau des extrémités rompues du tendon. Les actes musculaires auxquels ce tendon servait, sont plus ou moins gênés quand la réunion ne s'est pas faite dans le point rompu.

TRAITEMENT. — Cette lésion n'est pas grave lorsqu'elle est convenablement traitée. On doit alors se comporter comme on le fait dans le cas de plaie des tendons. Une position convenable pour relâcher les muscles et rapprocher les deux bouts du tendon rompu; un bandage assez solide

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, XIII^e année, 1838, p. 41.

(2) *London Medic. Gaz.*, 1851, vol. XLVII, p. 228.

pour soutenir les parties en place, sont les deux principaux moyens à mettre en usage dans le cas de rupture sous-cutanée des tendons. Quant à la suture, il ne faudrait y songer que si une très-grande gêne ou une impossibilité dans les mouvements était manifestement la conséquence d'une rupture tendineuse non consolidée. On devrait agir alors comme nous l'avons déjà dit à l'article PLAIES DES TENDONS.

Nous ne parlerons ici avec détail que des plus importantes ruptures tendineuses, celles du tendon d'Achille, du crural antérieur et du ligament rotulien.

1^o Rupture du tendon d'Achille.

ÉTIOLOGIE. — La rupture du tendon d'Achille s'observe rarement, et l'on n'a noté aucune particularité importante sur l'âge, le sexe et la constitution des sujets qui ont éprouvé cet accident. Il faut tenir plus de compte de la profession des individus blessés. C'est, en effet, chez les danseurs et les bateleurs que cette rupture a surtout été constatée. Ainsi, J.-L. Petit (1) rapporte le fait d'un sauteur de profession qui s'était rompu les deux tendons d'Achille pendant qu'il s'élançait, les pieds joints, du sol sur une table élevée de plus d'un mètre.

Le mécanisme suivant lequel se produisent ces ruptures varie selon que le pied est dans l'extension ou dans la flexion. Dans le premier cas, comme cela se voit chez les danseurs, le corps entier, détaché du sol, retombe de toute sa force sur la pointe des pieds; et alors le poids du corps, augmenté de toute la vitesse de la chute, vient faire résistance à la contraction des muscles postérieurs de la jambe (jumeaux et soléaire). Le tendon ainsi placé entre deux forces opposées se rompt. Les ruptures qui se produisent par ce mécanisme sont cependant assez rares, car cet accident s'observe surtout le pied étant fléchi. La rupture se produit alors au moment où les muscles de la partie postérieure de la jambe se contractent fortement pour élever ou rejeter en avant le centre de gravité, pendant que le pied prend un point d'appui sur le sol.

On ne trouve guère d'autopsies de malade ayant succombé à une rupture du tendon d'Achille: aussi est-ce plutôt par l'étude des symptômes que par un examen anatomique qu'on est parvenu à faire l'histoire de cette affection.

La rupture existe ordinairement à 4 ou 5 centimètres au-dessus du calcaneum. Dans l'exemple de J.-L. Petit que nous avons déjà cité, la hauteur était de 3 centimètres sur un talon et de 6 centimètres sur l'autre. Quand la division se rapproche de l'une des extrémités du tendon, c'est ordinairement de l'extrémité supérieure.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes doivent varier suivant que la rupture est complète ou incomplète; mais la rupture incomplète a été rare-

(1) *Traité des maladies des os*, t. II, 1735, p. 308.

ment signalée, et les auteurs qui croient l'avoir observée n'en ont pas tracé d'une façon bien précise la symptomatologie. Boyer, qui n'en a pas vu d'exemples, fait remarquer que le vide résultant de l'écartement des bouts de la portion tendineuse doit être moins profond que dans la rupture complète, et il ajoute que l'on doit sentir au fond de ce vide la résistance de la portion du tendon qui est restée entière. Mais ce sont là des probabilités que les faits n'ont point encore confirmées.

Dans le cas de rupture complète, les symptômes sont beaucoup plus tranchés.

Le plus souvent le malade tombe au moment de la rupture, et ne peut se relever. Quelquefois la marche n'est pas tout à fait impossible, les autres muscles extenseurs de la jambe continuant à agir; mais, alors même, la marche est des plus incertaines, le blessé fait à peine quelques pas et perd à chaque instant l'équilibre. On a noté un bruit de craquement plus sonore que dans le cas de ruptures musculaires, et cela s'explique bien par la roideur et la résistance des fibres tendineuses; quant aux douleurs et aux ecchymoses, elles sont moins prononcées que dans l'autre lésion. Enfin, il y a un dernier signe physique, pathognomonique de la rupture, c'est l'enfoncement produit par l'écartement des deux extrémités du tendon: ce vide, que perçoit parfaitement la main du chirurgien, augmente pendant la flexion et diminue par l'extension du pied.

A l'aide de ces signes le *diagnostic* est facile, et nous n'y insisterons pas; le *pronostic* n'est pas ordinairement grave: il s'épanche entre les deux extrémités tendineuses un plasma qui rétablit la continuité du tendon, et si l'on a soin de tenir rapprochées ces deux extrémités, la force du muscle n'est pas amoindrie.

TRAITEMENT. — Les indications du traitement sont très-nettes: il faut maintenir aussi rapprochées que possible les deux extrémités tendineuses. Divers appareils ont été conseillés pour remplir ces indications; ceux de J.-L. Petit, Ravaton et Monro reposent sur le même principe: dans tous ces appareils, l'extension du pied est maintenue par une courroie placée à la partie postérieure de la jambe et fixée d'un côté à la genouillère ou à tout autre bandage embrassant le genou, et de l'autre, à différentes chaussures comme une pantoufle (J.-L. Petit), un chausson de cuir (Ravaton), un chausson de toile forte (Monro). Desault maintenait l'extension du pied sur la jambe par une attelle appliquée en avant de celle-ci; Boyer se servait du bandage unissant des plaies en travers; Nélaton conseille de placer le pied dans une position convenable et de l'y maintenir par un bandage amidonné ou dextriné. On pourrait encore, après avoir mis le pied dans l'extension, l'y tenir aisément à l'aide de longues bandelettes de diachylon, étendues de la face plantaire du pied au haut de la face postérieure de la jambe et soutenues par une simple bande de toile. Ces longues bandelettes qui prennent point d'appui sur une surface très-étendue, offrent une résistance considérable et permettent d'obtenir une grande immobilité. Cet appareil très-simple laisse encore la facilité

de surveiller toutes les complications inflammatoires qui pourraient survenir. Quel que soit, d'ailleurs, l'appareil employé, on devra le maintenir en place de six semaines à deux mois, temps nécessaire à la cicatrisation du tendon.

2^o Ruptures du tendon du crural antérieur et du ligament rotulien.

Nous traiterons dans un même article des ruptures de ces deux tendons, car ces lésions donnent lieu à des phénomènes du même genre et réclament le même traitement.

HISTORIQUE. — On a peu écrit sur ce sujet, parce que les occasions d'observer ces ruptures tendineuses sont assez rares; cependant, depuis J.-L. Petit, qui a constaté un cas de ce genre, on a publié dans différents recueils périodiques des faits de ruptures sus- et sous-rotuliennes. Nous aurons, dans le cours de cet article, l'occasion de rappeler quelques-uns de ces faits; mais on les trouvera pour la plupart, complets ou en extrait, dans les trois mémoires suivants:

DEMARQUAY, *Mémoire sur les ruptures du tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule* (*Gazette médicale*, 1842, p. 393). — BAUDENS, *Mémoire sur la rupture du ligament rotulien, avec la description d'un appareil curatif nouveau* (*Gazette médicale*, juillet 1851, p. 451). — BINET, *Sur la rupture du tendon et du ligament rotuliens* (*Archives de médecine*, 1858, vol. I, p. 687).

ÉTIOLOGIE. — Ces ruptures tendineuses sont des accidents assez rares, mais les ruptures sus- et sous-rotuliennes sont d'égale fréquence; ainsi le mémoire de Binet, travail le plus complet sur ce sujet, repose sur l'analyse de vingt-quatre cas de rupture au-dessus et sur vingt-trois de rupture au-dessous de la rotule.

Ces ruptures sont le plus ordinairement l'effet de contractions musculaires énergiques qui cherchent à prévenir une chute, soit en avant, soit en arrière, le muscle étant dans l'extension ou la flexion. Dans les efforts pour prévenir une chute en avant, la rupture est produite par la lutte qui s'établit entre le droit antérieur pour étendre la jambe et les extenseurs du bassin et du tronc pour ramener le corps en arrière. Dans le cas contraire, c'est-à-dire pour prévenir une chute en arrière, la rupture est aidée par la traction considérable exercée sur le droit antérieur par le poids du corps et son renversement en arrière. La contraction musculaire est instinctive dans tous ces cas, et la volonté ne la commande plus; mais la rupture peut encore avoir pour cause une contraction musculaire volontaire.

Sur les 24 faits de *rupture sus-rotulienne* analysés par Binet, 14 fois la rupture est survenue pendant un effort destiné à prévenir une chute en avant ou en arrière. Dans 3 cas, la rupture a eu lieu pendant une

chute, par la flexion exagérée de la jambe sur la cuisse. Saucerotte rapporte un fait (1) où la rupture, produite par le même mécanisme, fut double.

La rupture sus-rotulienne a été observée à la suite de contractions musculaires volontaires par J.-L. Petit, au moment d'un effort pour franchir un fossé, et par Sédillot pendant une course rapide (2). Binet rapporte un fait observé par Monod, où le mécanisme paraît assez singulier. La rupture eut lieu pendant un mouvement de rotation du tronc d'arrière en avant et de droite à gauche sur le membre inférieur fixé au sol.

Sur les 23 faits de ruptures sous-rotuliennes relatés par Binet, 8 fois la rupture s'est effectuée au moment d'un faux pas, ou pendant un effort destiné à prévenir une chute; 6 fois elle est survenue pendant une chute, la jambe étant fléchie sous la cuisse; une seule fois la rupture a été produite par une marche rapide (3).

La rupture est ordinairement simple; quelquefois cependant elle est double, comme nous l'avons vu dans le cas de Saucerotte. Elle peut être complète ou incomplète: le ligament rotulien et le tendon du crural antérieur sont presque toujours rompus complètement; parfois même il y a en même temps rupture de quelques fibres du vaste interne. La rupture du tendon du crural antérieur se fait le plus ordinairement au voisinage de la rotule: sur dix-huit observations relatées par Binet, où le siège précis est indiqué, onze fois elle existait au niveau même de cet os, deux fois à 2 centimètres, cinq fois de 4 à 6 centimètres au-dessus. Le ligament rotulien se rompt ordinairement dans un point rapproché de ses insertions supérieure et inférieure. Il peut entraîner avec lui quelques fragments osseux; mais ce fait n'est pas constant. Quant aux circonstances d'âge, de sexe, etc., voici ce que l'observation a appris: les ruptures ont lieu chez les hommes beaucoup plus fréquemment que chez les femmes (40 sur 47). Les ruptures sous-rotuliennes s'observent surtout sur les sujets d'un âge peu avancé; la proposition contraire paraît vraie pour les ruptures sous-rotuliennes. On a signalé aussi comme causes prédisposantes un état cachectique, une diathèse goutteuse, l'habitude de porter des guêtres serrées au-dessus du genou (Binet).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On a eu trop rarement l'occasion de faire l'autopsie de malades ayant succombé à cette lésion, pour avoir sur l'anatomie pathologique des ruptures des tendons sus- et sous-rotuliens, des idées bien précises. Martini, comme nous l'avons dit plus haut, a autopsié un homme mort d'hémorrhagie cérébrale, un an après s'être rompu le tendon du droit antérieur, et voici ce qu'il a constaté. La réunion s'était opérée au moyen d'une substance intermédiaire qui n'avait que la

(1) *Mélanges de chirurgie*, 1801, p. 466.

(2) *Mém. de la Société de médecine*, 1817, p. 173.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 604.

largeur d'un doigt; aucune adhérence anormale ne s'était établie; l'articulation n'offrait aucune altération, mais des cicatrices très-apparences sur la capsule prouvaient que celle-ci avait été déchirée en plusieurs endroits. Il n'y a guère d'autres renseignements à ajouter à ceux fournis par cette autopsie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au moment de la rupture, le malade perçoit quelquefois un craquement et une douleur vive; la douleur se renouvelle lorsqu'on cherche à imprimer quelque mouvement au membre qui a perdu ses fonctions. Si la rupture a eu lieu dans la contraction musculaire destinée à résister à une chute, le blessé tombe et ne peut pas se relever; si l'accident est arrivé pendant une flexion exagérée, le malade est dans l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse. Ce symptôme est plus prononcé dans le cas de rupture sus-rotulienne. Entre les extrémités des tendons rompus, on perçoit une rainure de dimensions variables, et plus grande dans le cas de rupture sus-rotulienne. Cet écartement change aussi suivant la position du membre, et dans la rupture sus-rotulienne on peut voir quelquefois la synoviale dilatée par du liquide, venir se montrer entre les deux fragments sous la forme d'une bosse fluctuante. Cette saillie augmente quand l'inflammation survient. La rotule jouit aussi d'une mobilité anormale; en outre, elle est élevée dans le cas de rupture sous-rotulienne, et abaissée si la rupture est sus-rotulienne. On a observé, mais rarement, une ecchymose au niveau de la rupture. Tous ces symptômes sont très-nets au moment même de l'accident; mais, lorsque l'inflammation se montre, le diagnostic est un peu plus difficile. Disons, toutefois, que cette inflammation est rare; elle n'arrive guère que dans le cas de complication, comme avec une rupture de la synoviale ou une fracture de la rotule.

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces ruptures est ordinairement sérieux, moins cependant pour les ruptures sous-rotuliennes que pour les ruptures du tendon du crural antérieur. La guérison, en effet, n'est pas toujours observée, et quand on l'obtient, ce n'est qu'après un temps assez long. Sur vingt-deux cas de rupture sus-rotulienne, cités par Binet, neuf malades sont restés boiteux, treize ont guéri, mais la moyenne de la durée a été de huit mois. Sur vingt-trois cas de ruptures sous-rotuliennes, il y a eu quatorze guérisons, et la moyenne de la durée a été de quatre mois.

TRAITEMENT. — Le chirurgien, appelé immédiatement après l'accident, doit placer le membre dans l'extension, l'élever sur un plan incliné et prévenir l'inflammation par le repos et l'emploi des émoullients; plus tard, il faut favoriser et maintenir le contact des deux extrémités divisées. Nous n'entrerons pas dans le détail de tous les appareils qui ont été conseillés autrefois pour remplir cette indication. Ce serait un travail aujourd'hui assez inutile, car nous pensons qu'on peut remplacer ces appareils compliqués par des bandages inamovibles, après avoir rapproché le plus exactement possible les deux bords de la rupture. Ce rapprochement peut être aidé quelquefois par de longues bandelettes de diachylon. Ainsi,

dans la rupture sous-rotulienne, des bandes de diachylon, dont le milieu répond à la base de la rotule et dont les chefs longent les parties latérales du genou et de la jambe, peuvent rapprocher assez bien les bords de la rupture. On place ensuite l'appareil inamovible sur les bandelettes agglutinatives.

ARTICLE III

DE LA TÉNOTOMIE

Après avoir étudié les différentes lésions musculaires et tendineuses, il nous faut décrire l'opération qu'on a désignée sous le nom de *ténotomie*, et faire connaître les principes de physiologie pathologique sur lesquels elle repose.

On réserva d'abord le nom de *ténotomie* à l'opération qui consiste à diviser les tendons, mais plus tard on l'appliqua aussi à la section des muscles, des ligaments et des brides fibreuses accidentelles. Cette extension donnée au mot *ténotomie* est tout à fait regrettable, car les conditions opératoires ne sont pas les mêmes dans la section des tendons et dans celle des muscles ou des brides fibreuses sous-cutanées. Mais il ne sera question ici que de la division des tendons, et nous dirons seulement plus loin quelques mots de la *myotomie* proprement dite.

La *ténotomie* a surtout pour but de remédier à des difformités ou à des accidents; elle suffit parfois seule à ce résultat, qui dans d'autres cas n'est complètement obtenu que par l'application ultérieure de bandages ou d'appareils orthopédiques.

HISTORIQUE. — L'historique de la *ténotomie* chirurgicale a soulevé d'ardentes discussions, cependant cette question paraît assez simple à résoudre. Il y a eu depuis la fin du XVII^e siècle un petit nombre de sections tendineuses faites par différents chirurgiens, mais ces opérations exceptionnelles ont passé inaperçues sans laisser dans la science de nouveaux principes de pratique chirurgicale, et c'est seulement à partir des publications de Stromeyer (1833-1838) que cette opération a pris scientifiquement droit de cité dans la chirurgie. Il y a donc à tenir compte de deux grandes périodes dans l'histoire de la *ténotomie*.

La première période ne remonte pas au delà de la moitié du XVII^e siècle. Tulpius rapporte ailleurs dans son recueil d'observations (1), dont la première édition est de 1641, qu'un chirurgien hollandais, Isacius Minnius, divisa le sterno-mastoïdien pour une inclinaison latérale du cou, et guérit son malade. Depuis cette époque, on trouve des opérations de *ténotomie* mentionnées çà et là. Ainsi Roonhuysen (2) cite deux observations de redressement du cou, incliné sur le côté, où il obtint la guérison par la

(1) *Observ. medic.*, lib. IV, cap. LVIII, p. 372, 1685.

(2) *Historischer Heil Curen*. Nürnberg, 1674, obs. XXII et XXIII.

section du sterno-mastoïdien. La seconde observation de ce chirurgien est la même que celle que certains auteurs mettent sous le nom de Blasius. Deux figures accompagnent le texte de Roonhuysen, et montrent, à côté de la difformité, une anatomie grossière de la région avec l'indication du muscle à couper et de l'artère à éviter.

Job a Meek'ren (1) cite une opération du même genre qui fut faite *dexteritate singulari* sur un enfant de quatorze ans par un chirurgien du nom de Florianus. Solingen (2) décrit avec soin cette opération dans son manuel de chirurgie, mais ne rapporte pas, comme on l'a écrit à tort, de faits qui lui soient propres. Enfin on pourrait encore rassembler quelques opérations du même genre entreprises par différents chirurgiens jusqu'à la fin du siècle dernier, mais cela est sans intérêt. Vers le commencement de ce siècle, Michælis (de Marbourg) fit en Allemagne quelques tentatives pour étendre le cercle des applications de la *ténotomie*. Ainsi on trouve, dans la *Gazette de Saltzbourg* pour 1810, l'indication de faits très-curieux pour l'histoire de cette opération : ce sont des *ténotomies* pour un pied équin, pour un varus et une rétraction scrofuleuse du genou. Dans l'année 1812 du même journal, la question de la *ténotomie* est de nouveau examinée avec soin, et l'on doit s'étonner que les arguments en faveur de cette opération n'aient pas davantage frappé l'esprit des chirurgiens allemands.

Ce n'est guère qu'en 1816 qu'on entendit parler en France de la *ténotomie*. Delpech coupa sous la peau et par une petite incision le tendon d'Achille d'un garçon de dix-neuf ans, et prouva que cette section n'offrait pas de dangers. On trouvera dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier* (1823, t. I, p. 184), l'exposé de ce fait remarquable. Plus tard, Delpech donnait dans son *Orthomorphie* (Paris, 1828) de très-bonnes règles pour le traitement consécutif de cette opération. Cependant la *ténotomie* faite par Delpech resta à l'état de fait isolé, et il faut en dire autant de la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien pratiquée par Dupuytren en 1822. Coster, qui rapporte le fait dans son *Manuel des opérations chirurgicales* (2^e édition, 1825, p. 181), ne voit point là le principe d'une méthode opératoire féconde en applications, et il est seulement frappé de l'absence de cicatrice dans ce cas, « but d'autant plus désirable, dit-il, que le sujet de l'opération était une femme ». Plus loin il ajoute : « Si l'on opérât sur un homme, on diviserait les fibres par leur surface antérieure, après avoir pratiqué une incision transversale sur les téguments. »

Les expériences d'Herbert Mayo sur la régénération des tendons, publiées dans ses *Outlines of Human Physiology* (London, 1827), devaient engager les chirurgiens à tenter avec assurance de succès la section de ces cordes fibreuses, mais elles passèrent sans doute inaperçues, et c'est

(1) *Observationes medic. chirurg.*, cap. xxxiii : *De captis obstipi curatione*. Amsterdam, 1682.

(2) *Hand Brieffe der Wund-Artzney*, cap. LV. Francfort, 1693.