

tions d'eau d'orge alcoolisée de Jobert n'inspirèrent pas plus de confiance. Velpeau préconisa les injections iodées, et quelques guérisons furent obtenues. Cependant c'est une ressource très-dangereuse. Nous en avons vu des effets désastreux entre les mains de plusieurs confrères, et une femme traitée ainsi pour une hydarthrose assez récente du genou succomba rapidement à une suppuration diffuse.

La plupart des remèdes dont on a vanté l'efficacité paraissent devoir leurs plus grands avantages à l'immobilité qu'ils imposent, et nous n'avons habituellement recours qu'à des bandages inamovibles ouatés, accompagnés parfois de légères révulsions à la peau, avec le cautère actuel, ou des cautérisations potentielles peu profondes. Les injections iodées, faites avec un mélange de teinture d'iode et d'eau distillée, avec addition d'un dixième d'iodure de potassium, devraient être réservées pour les hydarthroses très-anciennes et réfractaires à toute autre espèce de traitement.

Corps étrangers articulaires. Les corps étrangers spontanément développés dans les replis synoviaux, ou provenant de quelques fragments osseux ou cartilagineux détachés par un traumatisme, gênent les mouvements, causent de violentes douleurs lorsqu'ils s'interposent entre les surfaces articulaires, et forcent les malades à réclamer avec instance les ressources de la chirurgie.

Les opérations entreprises jusqu'à ce jour contre cette fâcheuse affection sont assez nombreuses. Les unes ont pour but d'extraire le corps étranger, les autres de l'immobiliser et d'en prévenir ainsi les inconvénients.

Incision simple et directe. L'expérience a montré l'extrême gravité de cette opération, qui doit être abandonnée.

Incision avec obliquité sous-tégumentaire de la plaie. Ce procédé, beaucoup moins dangereux, réussit bien au genou, chez les individus sains, lorsqu'on a la précaution, recommandée par le professeur Syme, d'amener et de fixer le corps étranger au-dessus et en dehors de la tête du péroné, point où il se dirige souvent spontanément.

Les téguments tirés fortement en haut et en dedans, une incision transversale ou oblique de 0^m,015 est pratiquée au-dessus de la tête péronéale; une petite érigne oculaire ou une épingle fixe le corps étranger, dont on facilite la sortie par des pressions, s'il ne s'échappe pas spontanément. Les téguments, reprenant leur situation normale, recouvrent complètement le trajet de la plaie, dont

on favorise en outre l'oblitération par un emplâtre agglutinatif et une légère compression. On recommande pendant quelques jours l'immobilité la plus absolue, et le régime des maladies aiguës. Pour empêcher le corps étranger de se perdre dans la cavité articulaire après l'incision, M. Bauchet a imaginé de le fixer, au travers des téguments, avec un poinçon; une épingle suffirait, et c'est une précaution à ne pas négliger si l'on redoutait un tel accident.

Bromfield conseillait de déplacer la peau de haut en bas; B. Bell, de bas en haut; Desault, en avant, sur les côtés de la rotule. Ces différences sont sans importance. Le précepte de Syme nous paraît le plus rationnel et le plus facile.

Déplacement sous-cutané du corps étranger. Goyrand fixa par pression et refoulement le corps étranger à la partie externe et supérieure de la synoviale du genou, souleva un pli transversal de la peau, et incisa par une plaie sous-cutanée toutes les parties molles, jusqu'au cartilage mobile, que l'on parvint à faire sortir de la jointure et à engager dans l'intervalle des portions externe et antérieure du triceps. Ce temps de l'opération fut très-difficile. Une compression convenable immobilisa le corps étranger, qui fut extrait le onzième jour par une incision simple. Cependant Goyrand conseillait de renoncer à ce second temps de l'opération.

Le procédé de Syme ne diffère du précédent que par le siège de l'opération.

Bandages, genouillères. On a essayé de fixer le cartilage articulaire sur un point de la jointure, avec un bandage (Middleton), ou par une genouillère appropriée (Gooch). Ces procédés sont exceptionnels et ne sont applicables qu'à certains cas fort rares, où le volume et la forme du corps étranger permettent de l'immobiliser.

Implantation d'épingles et inflammation adhésive. Jobert (de Lamballe) traversait les téguments et une partie du corps étranger avec des épingles pour le fixer par des adhérences. Ce procédé n'a pas réussi. (Voy., pour les corps étrangers du poignet, le chapitre TUMEURS, KYSTES.)

Appréciation. Nous donnons la préférence au procédé de Syme avec glissement et défaut de parallélisme des lèvres de la plaie; mais il faut se rappeler que les soins le plus attentifs et les plus minutieux sont toujours indispensables pour prévenir les accidents.

Nous ne croyons pas nécessaire de nous occuper particulièrement de l'ablation des exostoses, des kystes, du cancer et des autres tumeurs osseuses, et nous en renvoyons l'histoire à nos généralités sur les résections et l'évidement des os.

TÉNORAPHIE.

Le docteur Tabouret a donné le nom de *ténoraphie* aux moyens de suture appliqués à la réunion des tendons.

Cette opération peut être faite dans deux cas différents :

1° Dans les plaies récentes, si le contact des deux bouts du tendon ne peut être assuré par la simple position des parties, la suture à points séparés a fourni de nombreux exemples de guérison. Chez un malade dont le tendon extenseur du médius avait subi une perte de substance, le docteur Missa en joignit le bout inférieur ou digital au tendon de l'annulaire, et en rétablit ainsi les mouvements.

2° Si les tendons divisés n'ont pas été convenablement affrontés, on peut encore inciser les cicatrices, dégager et isoler les deux bouts du tendon, les rapprocher et en obtenir la réunion par suture.

Le docteur Dutertre a publié en 1816 un succès de ce genre, qui eut le plus grand retentissement. Les tendons de l'extenseur du petit doigt et ceux de l'extenseur commun de l'annulaire et de l'auriculaire furent dégagés et unis par des points de suture enchevillés comprenant les téguments. La plaie ne fut pas complètement affrontée, et les deux lèvres en furent laissées distantes d'un intervalle de 0^m,02. Un appareil à redressement des doigts fut mis en usage, et les mouvements étaient rétablis au bout d'un mois.

Le professeur Syme, ayant eu à traiter un jeune homme dont un coup de faux avait divisé le tendon d'Achille cinq mois auparavant, découvrit les extrémités du tendon par une incision longitudinale, les isola et les mit en contact au moyen de deux points de suture. L'immobilité et l'extension du pied furent assurées par l'appareil de J. L. Petit, et les mouvements du membre et la marche étaient devenus libres six semaines plus tard.

J'ai pratiqué aussi heureusement en 1852 la même opération sur un brigadier de cuirassiers, qui avait complètement perdu l'usage des doigts annulaire et auriculaire de la main droite par suite d'un coup de pointe de sabre à la face postérieure de l'avant-bras. Cinq semaines s'étaient écoulées depuis la blessure, dont la cicatrisation avait eu lieu. Le malade ayant été chloroformé, je divisai les téguments par une plaie verticale et découvris facilement les extrémités d'un tendon volumineux, séparées par un intervalle de 0^m,03 et solidement fixées aux parties environnantes. Je les isolai, et des

tractions exercées sur le bout inférieur, correspondant aux deux derniers doigts, ramenaient ceux-ci, avec la plus grande facilité, dans l'extension. L'extenseur propre du petit doigt n'existait pas.

Un point de suture permit de mettre et de maintenir en contact les deux surfaces tendineuses, et j'entamai légèrement au même niveau le tendon du médius pour qu'il adhérât à la cicatrice que nous cherchions à obtenir, et contribuât au rétablissement des mouvements d'extension. Les téguments furent réunis par la suture entortillée. La main, renversée, ainsi que les doigts, dans une extension forcée, fut maintenue dans une complète immobilité.

Un mois plus tard, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri et reprenait son service, très-satisfait d'échapper à un congé de réforme, qui avait paru inévitable.

TÉNOTOMIE.

On donne le nom de *ténotomie* à la section des tendons affectés de contracture et de rétraction. Quelques auteurs ont compris, sous la même dénomination, la division des muscles (*myotomie*), et celle des ligaments et des aponévroses (*aponévrotomie*); nous croyons devoir les en distinguer, tout en reconnaissant qu'il y aurait avantage à réunir, sous un terme commun, ces diverses opérations dont le but et les moyens d'exécution offrent de grandes ressemblances. Le mot d'*incision sous-cutanée* leur est généralement appliqué.

Historique. La ténotomie est toute moderne et date seulement de Stromeyer (1833); on peut cependant en reporter les premières notions à une époque beaucoup plus éloignée, car plusieurs tentatives isolées, et tombées dans l'oubli, ont précédé le moment où cette méthode a acquis toute l'importance qu'elle mérite.

Tulpius raconte, dans ses *Observations anatomiques* publiées en 1685, qu'un chirurgien hollandais, Isacius Minius, divisa le tendon d'Achille et la peau qui le recouvre, en enfonçant son bistouri au-dessous du tendon, et le ramenant à lui de dedans en dehors. Solingen, au dire de Jæger, pratiqua aussi la ténotomie au dix-septième siècle; Heister attribue des faits semblables à Meckren et Roonhuysen; Chelius, à Blasius et à Tenhaaf; Cheselden paraît aussi s'en être occupé; mais ces essais, vivement reprouvés par la crainte imaginaire des blessures tendineuses, n'eurent pas de retentissement et ont été seulement recherchés, dans ces