

s'ils soulevaient les téguments et paraissaient opposer de véritables obstacles au redressement du membre.

Pied bot valgus et talus. Dans le valgus simple, la face plantaire du pied est tournée en dehors, et la face dorsale regarde en dedans; le bord interne repose sur le sol et le bord externe est

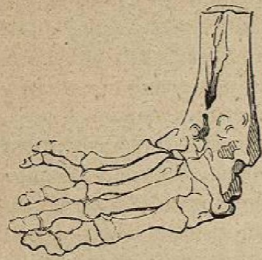


Fig. 359.

relevé. On trouve en général que la déviation du pied est particulièrement due au déplacement de la seconde rangée des os du tarse sur la première, et le scaphoïde est ici tourné en dehors. M. Bouvier a recueilli à la Salpêtrière un pied valgus dans lequel tous les os du tarse étaient soudés entre eux et avec ceux de la jambe; les ligaments latéraux ossifiés unissaient en outre l'astragale et le calcaneum aux malléoles du tibia et du péroné (fig. 359).

Il est évident que de telles altérations contre-indiqueraient d'une manière absolue tout essai de ténatomie; mais lorsque les articulations du pied sont restées libres, et que la rétraction des muscles péroniers latéraux est considérable, la section de leurs tendons facilite la guérison. Cette opération a été souvent pratiquée.

Talus. Cette forme de pied bot, niée par quelques auteurs, et en tout cas excessivement rare, est due à la flexion exagérée du pied sur la jambe, et les malades, au lieu de marcher sur l'extrémité des orteils, comme dans le pied équien, reposent sur la portion inférieure et postérieure du talon. On diviserait, dans ce cas, les tendons des muscles jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil et extenseur commun des orteils.

Péroniers latéraux. Le valgus réclame la section des tendons des péroniers latéraux. Ces tendons, d'abord placés sur la face externe du péroné, contournent le bord postérieur de la malléole externe, où ils sont contenus dans une gouttière ostéo-fibreuse assez profonde, et vont ensuite s'insérer: le court péronier à l'extrémité du cinquième métatarsien, et le long péronier au premier métatarsien, en croisant obliquement la face plantaire du pied. C'est au-dessus de la malléole que la division en serait la plus facile, et elle porterait sur les deux tendons, qui sont trop étroitement unis dans ce point pour qu'on cherchât à les séparer. On les atteindrait également à 0^m,012 en avant et au-dessous du sommet de la malléole externe, et le tendon du long péronier pourrait être divisé isolément dans l'espace qui sépare le sommet de la malléole du tubercule externe du cuboïde. Il est inutile de faire remar-

quer que la ténatomie est toujours facilitée par la tension et la saillie des tendons.

Nous verrons, en parlant de l'aponévrotomie, que le ligament plantaire a été souvent divisé dans les varus compliqués d'enroulement de l'avant-pied, et cette opération peut sans doute être indiquée, mais nous n'en avons pas tiré grand avantage et nous la pratiquons rarement.

Rétraction permanente des orteils. Il nous est arrivé plusieurs fois de ténotomiser les tendons fléchisseurs des orteils, pour remédier à des flexions permanentes, qui, forçant les malades à marcher sur les ongles, les incommodaient extrêmement. L'instrument doit être très-étroit et très-court, et l'orteil fortement redressé pour tendre le tendon, que l'on coupe au point le plus saillant ou au niveau de la première phalange. On maintient ensuite l'orteil étendu sur une petite attelle de carton ou de bois. Cette opération nous a bien réussi, et nous la préférons à l'amputation de l'orteil, que l'on pratiquait autrefois pour des cas semblables.

Pieds bots par paralysie. Dans le cas où la paralysie des nerfs poplités interne ou externe aurait amené la formation d'un valgus ou d'un varus par défaut d'antagonisme des muscles restés contractiles, la ténatomie n'est pas habituellement indiquée, et il vaut mieux recourir à des appareils propres à utiliser les mouvements encore possibles. L'électricité d'induction, si bien étudiée par M. Duchesne, peut rendre alors les meilleurs services comme moyen de diagnostic et de traitement.

Genou. Les tendons des muscles biceps, couturier, droit interne, demi-tendineux sont incisés tous les jours pour remédier à la flexion permanente de la jambe, et l'on peut également diviser celui du demi-membraneux un peu au-dessus du condyle interne du fémur.

Ces opérations favorisent et permettent le redressement du genou, à la suite de tumeurs blanches, de plaies, d'arthrites suppurées, guéries avec ankylose. La peau traversée par d'anciens trajets fistuleux est souvent rétractée, fibreuse, adhérente, et il faut la détacher des parties subjacentes, surtout au pli du jarret, pour en éviter la rupture, pendant les efforts de l'extension. Les aponévroses sont également tendues et réclament des sections sous-cutanées plus ou moins larges et multipliées. On éprouve quelque peine à distinguer du tendon du biceps le nerf poplité externe qui en longe le côté interne. Il faut porter le ténotome d'arrière en avant, contourner avec soin les fibres tendineuses de dehors en dedans pour les séparer du nerf et les diviser franchement de

dedans en dehors. Bonnet a raconté que dans un cas où il avait atteint le nerf poplité externe, la paralysie avait persisté et avait été longtemps compliquée de douleurs très-vives du pied. Nous connaissons d'autres exemples d'un pareil accident, que nous croyons possible d'éviter par le procédé que nous indiquons.

Si la section du tendon du biceps semble insuffisante, on coupe le tenseur de l'aponévrose, puis les tendons des muscles demi-tendineux et demi-membraneux.

M. Palasciano (de Naples) a proposé de diviser d'arrière en avant le tendon du triceps crural à quelques centimètres au-dessus de la rotule, pour faciliter la flexion du genou. Ceux qui ont suivi ce procédé se sont promptement aperçus de l'inefficacité de cette section, dans le cas où on ne l'étend pas aux aponévroses des parties latérales de la rotule et particulièrement au fascia lata. Il faut éviter de porter le ténotome trop près du fémur, pour ne pas blesser l'artère articulaire supérieure.

Cet accident, arrivé à Bonnet, entraîna un dépôt sanguin très-considérable et plus tard un énorme abcès de la cuisse, dont la guérison exigea beaucoup de soins et de temps.

Il ne faut pas désespérer trop tôt de la mobilité, que l'on parvient parfois à rétablir contre toute attente.

Une enfant de huit ans, fille d'un officier badois, me fut présentée par M. le baron Weiler, commandant de Kehl. Cette malade avait été atteinte d'une hydarthrose traumatique aiguë; qu'un médecin avait incisée pour diminuer la tension de l'articulation et évacuer le liquide épanché.

Écoulement de synovie les premiers jours, puis inflammation, douleurs excessives, formation de pus, expulsé tous les jours de la jointure par des pressions répétées; fièvre, diarrhée colliquative, insomnie, marasme. Je fermai la plaie; j'immobilisai le membre et j'attendis. La plaie, dont les bords étaient couverts d'un peu de charpie, trempée dans de la teinture d'opium, se rouvrit plusieurs fois pendant trois semaines, en laissant écouler chaque fois moins de pus, puis elle se ferma définitivement. Les accidents disparurent et la guérison eut lieu avec une ankylose angulaire, à laquelle nous remédiâmes un an plus tard par la ténotomie et le redressement. J'ai montré à la Société de médecine de Strasbourg cette petite malade, dont la guérison était parfaite.

Cet exemple, tout extraordinaire qu'il paraisse, n'est pas le seul que nous ayons observé, et il prouve qu'on ne doit pas désespérer de la mobilité des jointures, même frappées de suppuration.

Nous avons déjà opéré en 1860 une quarantaine de redresse-

ments articulaires, et nous avons beaucoup regretté que le départ du docteur Gaujot ait empêché ce zélé et distingué confrère d'en publier les observations, comme il en avait formé le projet. Nous avons cherché à démontrer, dans nos leçons de clinique consacrées à ce sujet, que le mot *réduction* doit être préféré à celui de *redressement*. Dans les arthrites aiguës, les os tendent à se déplacer dans des directions à peu près constantes, selon les jointures, et la distension des parties; les pressions dont elles souffrent, et les inflammations purulentes et ulcératives qui en sont la conséquence, déterminent des douleurs intolérables et les plus graves accidents. L'indication consiste à replacer les os dans une position régulière, c'est-à-dire normale, et à les y maintenir par des appareils inamovibles. Le soulagement est immédiat et persistant. Les causes de l'affection sont ensuite combattues par les moyens hygiéniques et médicaux habituels, au nombre desquels nous rangeons, parmi les plus importants, l'exercice au grand air et au soleil, et une bonne alimentation. Dans tous les cas où le membre inférieur est lésé, nous conseillons l'usage des béquilles, et nous faisons porter un talon plus élevé du côté sain, pour prévenir les chocs et la rencontre du membre malade contre les inégalités du sol. Quand l'amélioration est complète, on enlève les bandages, on permet quelques mouvements, on remplace successivement les béquilles par une canne, et on a recours à la gymnastique, aux eaux thermales, à la ténotomie et au redressement, pour remédier aux fausses ankyloses et rétablir la mobilité.

Membre supérieur. Les détails dans lesquels nous sommes entré sur la section des tendons du pied et du genou suffisent à l'histoire de la ténotomie du membre supérieur. Des notions anatomiques précises et la saillie des organes affectés de contraction serviront toujours à guider sûrement l'opérateur pour la division des tendons des doigts, du poignet, du pli du bras et même de l'épaule, et ces opérations deviendront surtout faciles à ceux qui les auront répétées un grand nombre de fois sur le cadavre, et qui auront acquis par cet exercice toute l'expérience nécessaire.

Il est convenable d'opérer la section des fléchisseurs digitaux au-dessus du poignet, pour éviter les gaines séro-fibreuses et les larges ampoules synoviales qui se rencontrent au poignet. A défaut de cette précaution, les bouts des tendons adhèrent isolément à la séreuse, et perdent leur action.

Au-dessus de l'articulation radio-carpienne, les tendons se des-