

sinent bien, sont isolés, peuvent être atteints sans danger au milieu des fibres musculaires qui s'y insèrent, et l'on ne peut blesser les artères radiale et cubitale, dont les trajets sont exactement connus et dont on sent les battements; l'artère interosseuse antérieure rampe sur le ligament interosseux et est trop profonde pour être ouverte.

**Tête. Sterno-cléido-mastoïdien.** Les succès de la ténotomie dans la cure des déviations du pied eussent été de nature à faire présenter les avantages de la même opération appliquée au tendon du sterno-mastoïdien, si elle n'eût été déjà pratiquée avec succès dans des cas de contracture permanente de ce muscle avec déviation de la tête. Dupuytren l'avait exécutée comme nous l'avons dit, en 1822, par le procédé de Delpech; Stromeyer en 1826, Syme en 1832, et M. Bouvier en 1836, par une simple ponction latérale; Roux et Amussat, par le procédé de Sartorius et de Minius. Cependant on doit à M. J. Guérin d'en avoir éclairé l'histoire et d'en avoir généralisé l'emploi. M. J. Guérin professe que la rétraction n'affecte ordinairement que le faisceau interne ou sternal du muscle, et que l'inclinaison de la région cervicale du rachis sur la première vertèbre dorsale cède, après la ténotomie, à un traitement mécanique convenable. On lui doit trois procédés et des ténotomes particuliers à plusieurs lames convexes, séparées par une tige commune, arrondie et fort étroite, et tantôt il conseillait de faire au-devant du tendon un pli transversal, dont on ponctionnait la base, tantôt de passer l'instrument en arrière du tendon, en transperçant la peau de part en part, comme dans le procédé primitif de Stromeyer. Nous croyons ces complications opératoires inutiles et dangereuses et nous recommandons la ponction simple et unique avec le ténotome à pointe aiguë. La prétention de séparer les tissus, et particulièrement les veines avec un ténotome mousse, ne nous paraît pas justifiée par l'expérience, et nous avons dit quelles difficultés on éprouve à retrouver le trajet de la ponction et à le suivre avec ce genre d'instrument. Le point important est de renverser la tête, avec une certaine force, dans la direction opposée à celle de la contraction du muscle, afin d'imprimer à ce dernier une plus grande tension et d'en augmenter la saillie; on écarte ainsi le tendon sternal de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne (*fig. 360*), qui en sont déjà séparés par une aponévrose et les muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien, et on se met à l'abri du danger de blesser ces vaisseaux, danger plus effrayant que réel pour tout chirurgien un peu exercé et de sang-froid. On voit sous la peau le trajet de la jugulaire externe et de

la jugulaire antérieure quand elle existe, et, en portant ces veines de côté avec les téguments, on pratique l'opération entre elles et le tendon, sans s'exposer à les atteindre. Il est toujours plus sûr, comme nous l'avons dit, d'exécuter la ténotomie d'arrière en avant, sur le point où le tendon est le plus étroit, le plus superficiel et le plus saillant. Quelques auteurs ont supposé que la



Fig. 360.

contracture occupe seulement le faisceau interne ou sternal, parce que l'autre faisceau, externe et claviculaire, semble souple et relâché; mais on est promptement détrompé. Après la section du premier tendon, le second apparaît immédiatement comme un obstacle insurmontable au redressement de la tête, et impose ainsi la nécessité de le diviser. Alors même qu'on aurait compris de prime abord l'indication d'opérer la section des deux tendons, il faudrait y procéder séparément et faire deux ponctions, règle applicable à toutes les ténotomies, par la raison que les plaies se réunissent d'autant mieux qu'elles sont moins étendues et que trois petites plaies sous-cutanées de 0<sup>m</sup>,005 restent infiniment mieux à l'abri des accidents qu'une seule plaie de 0<sup>m</sup>,015.

Ces plaies sont ordinairement guéries du second au troisième jour, et permettent d'achever en quelques semaines le redressement définitif de la tête par un simple bandage propre à la porter dans le sens opposé à la déviation qu'elle a subie. M. Guérin a recommandé « un lit à extension parallèle, dont il a rendu le casque mobile dans des plans différents, de manière à exécuter tour à tour ou simultanément l'extension parallèle ou oblique de la tête et

de la région cervicale et l'inclinaison latérale et la rotation de la tête dans tous les sens. »

Nous avons très-souvent pratiqué la section du sterno-cléido-mastoïdien, et toujours avec un ténotome ordinaire. Nous fixons ensuite quelques tours de bande autour de la tête, que nous couvrons les premiers jours d'un bonnet à mentonnière pour en empêcher le glissement, et il suffit de la porter en sens opposé à la déviation au moyen d'une bandelette de caoutchouc vulcanisé, fixée au-dessus de l'oreille du côté où l'on a pratiqué la ténotomie, et tendue obliquement de la tête à la poitrine du côté opposé, pour obtenir un redressement rapide et complet. Un de nos malades voulait entrer au service militaire, d'où le faisait repousser sa difformité, et il y fut admis sans objection après son opération. Si le torticolis est de naissance ou date de plusieurs années, et a commencé à un âge peu avancé, le côté de la face, incliné et abaissé vers la clavicule, est plus ou moins atrophié, les vertèbres cervicales déviées, et la guérison beaucoup plus lente et plus difficile; mais, en faisant usage de la bande de caoutchouc pendant la nuit, on finit par ramener la tête à une position droite et régulière.

*Muscles de l'œil.* — Voy. STRABISME.

#### MYOTOMIE.

La section des tendons des muscles affectés de contracture appelle la section du corps même de ces derniers pour remplir les mêmes indications, et Stromeyer n'hésita pas à diviser le faisceau externe du muscle mastoïdien, et ensuite la portion claviculaire du trapèze, dans le but de poursuivre une contracture spasmodique qui avait successivement atteint le sterno, puis le cléido-mastoïdien, et enfin quelques faisceaux trapézoïdiens. Dans d'autres cas, ce chirurgien incisa les muscles pectiné et couturier; Amussat et Roux coupèrent, comme on l'avait fait anciennement, la partie moyenne du corps charnu du sterno-cléido-mastoïdien, et nous devons remarquer que la section du cléido-mastoïdien, exécutée à 0<sup>m</sup>,016 au-dessus de la clavicule, appartient autant à la myotomie qu'à la ténotomie, si l'on considère la structure des parties que l'on divise.

Avant les recherches et les expériences de M. J. Guérin, la myotomie était restée un fait exceptionnel, dont on appréciait à peine la nature et l'importance, et il a fallu que ce chirurgien l'appliquât au traitement des déviations rachidiennes et aux luxations anciennes congénitales, et en proclamât l'efficacité et le peu de

danger, pour que l'attention fût attirée sur cette opération, qui n'est pas encore définitivement jugée. Cependant Dieffenbach, suivant en cela les préceptes de Kuln, a incisé les muscles grand et petit pectoraux pour la réduction d'une luxation du bras.

La principale règle de la myotomie, celle dont le succès paraît dépendre, est de ne faire qu'une très-petite ouverture aux téguments légèrement déviés des parties subjacentes, afin de détruire tout parallélisme entre la plaie extérieure et celle que l'on produit plus profondément. On porte un bistouri très-étroit sur les muscles à diviser, et on les coupe dans les points où la rétraction en est le plus apparente; on retire alors l'instrument, et l'on ferme la plaie avec un morceau de diachylon gommé, après avoir chassé l'air qui aurait pu s'y introduire.

M. J. Guérin a répété un grand nombre de fois cette opération, et, dans quelques cas, il a pratiqué des incisions sous-tégumentaires de 0<sup>m</sup>,25 de longueur sur 0<sup>m</sup>,06 de profondeur, sans déterminer d'accident. L'épanchement de sang qui se forme immédiatement est souvent assez considérable pour soulever la peau et déterminer une tumeur fluctuante; mais il se résorbe et il ne reste plus, entre les extrémités du faisceau musculaire coupé, qu'une substance molle et organisable, qui acquiert chaque jour une plus grande consistance, revêt rapidement les caractères d'un tissu cellulo-fibreux et rétablit la continuité musculaire par la prolifération des cellules plasmatiques, se transformant en tissu connectif et fibreux. La présence de l'air empêche ces phénomènes; aussi faut-il l'éviter avec le plus grand soin, et nous avons dit que c'est une des conditions de la réussite. Il est inutile de faire observer que le chirurgien devrait faire ses incisions tégumentaires dans la direction des plis de la peau, et ménager les vaisseaux et les nerfs, dont la lésion serait redoutable; ce sont là des préceptes généraux sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

L'expérience a renversé quelques-unes des espérances fondées sur la myotomie, dont les avantages dans le traitement des déviations rachidiennes n'ont pas été démontrés. L'innocuité de ces opérations reste néanmoins acquise, et l'on peut les combiner avec la ténotomie.

#### APONÉVROTOMIE.

La section sous-tégumentaire des ligaments et des aponévroses musculaires, tendineuses ou d'enveloppe, se lie par tant de points à celle des muscles et des tendons, qu'on peut négliger de s'en