

établir d'une manière incontestable l'existence de déviations causées par la rétraction musculaire active, les cas où la maladie nerveuse est accompagnée d'une altération matérielle du cerveau ou de la moelle; j'ai encore cité les cas où la maladie convulsive a été tellement évidente et profonde qu'elle a laissé dans la physionomie et dans l'ensemble de l'économie, des traces matérielles de son existence. Si la rétraction musculaire causant les déviations de l'épine n'était mise en jeu que dans ces circonstances graves quoique assez fréquentes, elle n'absorberait pas à son profit, comme je l'ai dit, le plus grand nombre de ces difformités; mais il est loin d'en être ainsi, comme on va le voir.

Et d'abord, matériellement parlant, j'ai établi que la rétraction musculaire active pouvait dépendre d'une altération du cerveau, de la moelle ou des nerfs mêmes qui se distribuent aux muscles rétractés. Jusque-là je me suis tenu dans la limite des faits où l'altération nerveuse est en quelque façon palpable. Mais pour que cette altération existe et qu'elle existe au degré suffisant pour produire la déviation de l'épine, il n'est pas nécessaire que le cerveau ou la moelle ou ses enveloppes soient totalement ou partiellement détruits, mais simplement qu'il existe une manière d'être anormale de ces sources de la motilité ou de quelque rameau nerveux seulement d'où naît le raccourcissement spasmodique des muscles. Or le champ de ce phénomène ainsi agrandi dépasse de beaucoup l'horizon qu'on serait tenté de lui assigner.

En effet, ceux qui ont porté leur attention vers les affections nerveuses qui se traduisent par des convulsions, par des troubles passagers, mais réels de la motilité, savent combien le développement de l'organisme est traversé par ces affections. Il suffit de rappeler les principales circonstances où elles se présentent et celles qui en favorisent le développement pour saisir le rapport qu'on avait signalé de tout temps entre les déviations de l'épine et ces circonstances. Est-il nécessaire de rappeler la fréquence des convulsions de l'enfance, celles qui accompagnent presque toujours la dentition, qui compliquent presque toujours à cet âge les maladies éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine, et jusqu'aux moindres affections fébriles? Est-il besoin de faire remarquer que ces convulsions, leurs diverses nuances, se montrent avec d'autant plus de fréquence que les sujets sont plus jeunes, plus débiles, plus nerveux? plus fréquentes chez les enfants des villes que chez ceux de la campagne, chez les jeunes filles que chez les garçons? Or il n'est pas besoin d'insister pour montrer que l'enfance, le séjour des villes, la classe pauvre, la faiblesse de la constitution, la prédominance du système nerveux, le sexe féminin, sont autant de conditions favorables au développement des affections nerveuses spasmodiques. La liaison de ces faits, établie par leur simple rapprochement, l'est bien mieux lorsque l'on considère de plus près l'influence du spasme nerveux sur les muscles et l'influence des muscles atteints de ce spasme sur l'état présent du squelette et sur son développement ultérieur.

On sait en premier lieu qu'il n'est pas rare de voir à la suite des diverses maladies de l'enfance, même

à la suite de celles où les convulsions ou le simple spasme momentané ont été si peu prononcés et si passagers qu'on ne les constate pas toujours, on sait, dis-je, que pendant et à la suite de ces maladies, il reste souvent quelqu'un des muscles du cou ou des membres plus ou moins contracturé; cet état se résolvant souvent avec les autres suites de la maladie, n'entraîne pas de difformités. Mais on ne voit que les muscles les plus apercevables comme ceux du cou ou des bras, et leurs effets sur la direction des parties du squelette qu'ils tiennent sous leur dépendance sont d'autant plus prononcés que ces parties sont plus visibles et le siège de mouvements plus étendus. Mais les mêmes phénomènes de spasme ont lieu dans les muscles de l'épine, et si les caractères directs des déviations qui ont cette origine ne l'établissent pas d'une manière certaine, on pourrait encore l'induire du grand nombre de nerfs qui se distribuent aux muscles de cette région, et qui reçoivent immédiatement par leurs rapports si intimes avec la moelle épinière, les moindres retentissements des affections de cette dernière. L'existence de ces faits ne repose pas d'ailleurs sur ces inductions seulement; il arrive assez souvent qu'on peut prendre directement la nature sur le fait; des déviations de l'épine se forment presque d'emblée comme les torticolis, comme les flexions permanentes du coude, du genou, et comme les pieds-bots, et si on ne les voit pas se développer aussi vite, c'est que les résistances de l'épine sont plus grandes, et les muscles rétractés maintenus dans des gaines qui les empêchent de se montrer en relief sous la peau. Elles se développent plus tard, plus lentement, mais toujours sous la dépendance de l'affection spasmodique du muscle. J'ai montré, en effet, dans mon mémoire sur l'étiologie générale du pied-bot, que les muscles atteints de rétraction spasmodique sont frappés d'une espèce de paralysie qui les empêche de suivre plus tard le développement du squelette. Ils restent proportionnellement plus courts, et de cette brièveté relative et progressive, résulte nécessairement le déversement, le bridement de la portion du squelette (et de l'épine pour le cas dont il s'agit), point de départ et siège de la difformité.

Voilà donc une série de cas qui étendent légitimement le domaine de la rétraction musculaire. Ces cas peuvent être considérés comme des émanations de maladies internes, dans lesquelles le cerveau et la moelle épinière sont indirectement compromis. Mais il se présente une autre série, celle qui résulte des causes extérieures, causes qui s'adressent directement aux muscles, ou plutôt aux éléments nerveux qui les animent. Les faits renfermés dans cette catégorie ne sont pas moins réels que les précédents.

On sait depuis longtemps que des blessures, des plaies, des abcès du mollet donnent lieu à un raccourcissement des muscles qui le composent, et ce raccourcissement à l'extension permanente du pied sur la jambe, c'est-à-dire au pied-bot équin, n'avait pas encore été considéré dans ses rapports avec la déviation de l'épine. Cependant les cas de contracture par suite de chutes, de coups, de blessures des muscles du dos se montraient assez souvent aux yeux des personnes qui s'occupent de ces ma-

QUATRIÈME QUESTION.

Existe-t-il des moyens certains de distinguer les déviations qui sont le produit de la rétraction musculaire active, de celles qui sont dues à d'autres causes?

En annonçant que le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active, j'ai implicitement reconnu que d'autres causes, mais moins fréquentes, peuvent donner lieu à des difformités du même nom. Il y a donc à mes yeux, des déviations de l'épine autres que celles qui sont causées par la rétraction primitive des muscles du dos. Je tiens à faire cette déclaration explicite pour n'être point accusé de me mettre en opposition avec les faits, et en contradiction avec ce que j'ai écrit précédemment. J'ai, en effet, établi, et le rapport de l'Académie sur mes premiers travaux en fait foi, qu'il existe des déviations de l'épine musculaires passives, des déviations musculaires actives et des déviations osseuses. C'est là un fait officiellement authentique. La fréquence relative de ces déviations, par rapport à celles qui m'occupent spécialement aujourd'hui, est inutile à établir pour le moment. Elle l'est implicitement par l'indication que j'ai déjà donnée des conditions dans lesquelles la rétraction musculaire progressive s'exerce. Les rapports numériques entre ces diverses déviations pourront être donnés plus tard, mais sans aucun bénéfice pour éclairer leur origine et leur nature, seul but et seule utilité qu'on doive en général rechercher dans la statistique des faits médicaux, car elle est parfaitement inutile quand l'origine et la nature différentielles des faits sont réellement connues. Mais pour qu'on soit fondé à déclarer cette connaissance rigoureusement établie à l'égard des déviations de l'épine, il faut non-seulement avoir constaté la réalité des causes différentielles de ces difformités, mais les moyens de reconnaître chacune d'elles en particulier quand elles se présentent, et, par conséquent, de ne pas les confondre, car cette condition, importante pour la détermination et la notion scientifiques, ne l'est pas moins pour l'application thérapeutique.

Tel est le domaine général de la rétraction musculaire active comme cause des déviations latérales de l'épine. Après avoir énuméré les circonstances où cette cause est l'agent exclusif, ou au moins le seul et actif intermédiaire de causes plus éloignées, pour produire la déviation de l'épine, il me reste à démontrer que la rétraction musculaire active envahit encore, dans certains cas, le domaine des autres causes accidentelles de ces déviations, c'est-à-dire qu'elle entre pour quelque chose dans la production d'une partie de ces difformités. Cette circonstance, qui étend et généralise presque le domaine de la rétraction musculaire, comme base de l'étiologie de toutes les déviations latérales de l'épine, pourrait me jeter dans la confusion et l'exagération: je me hâte, pour prévenir cet inconvénient, et donner à cette cause, dernière partie de mon travail, le caractère de la démonstration, que je crois avoir donné aux précédentes, de la subordonner à une question de principe, aussi nettement posée que rigoureusement résolue.

En annonçant que le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active, j'ai implicitement reconnu que d'autres causes, mais moins fréquentes, peuvent donner lieu à des difformités du même nom. Il y a donc à mes yeux, des déviations de l'épine autres que celles qui sont causées par la rétraction primitive des muscles du dos. Je tiens à faire cette déclaration explicite pour n'être point accusé de me mettre en opposition avec les faits, et en contradiction avec ce que j'ai écrit précédemment. J'ai, en effet, établi, et le rapport de l'Académie sur mes premiers travaux en fait foi, qu'il existe des déviations de l'épine musculaires passives, des déviations musculaires actives et des déviations osseuses. C'est là un fait officiellement authentique. La fréquence relative de ces déviations, par rapport à celles qui m'occupent spécialement aujourd'hui, est inutile à établir pour le moment. Elle l'est implicitement par l'indication que j'ai déjà donnée des conditions dans lesquelles la rétraction musculaire progressive s'exerce. Les rapports numériques entre ces diverses déviations pourront être donnés plus tard, mais sans aucun bénéfice pour éclairer leur origine et leur nature, seul but et seule utilité qu'on doive en général rechercher dans la statistique des faits médicaux, car elle est parfaitement inutile quand l'origine et la nature différentielles des faits sont réellement connues. Mais pour qu'on soit fondé à déclarer cette connaissance rigoureusement établie à l'égard des déviations de l'épine, il faut non-seulement avoir constaté la réalité des causes différentielles de ces difformités, mais les moyens de reconnaître chacune d'elles en particulier quand elles se présentent, et, par conséquent, de ne pas les confondre, car cette condition, importante pour la détermination et la notion scientifiques, ne l'est pas moins pour l'application thérapeutique.

Et d'abord, j'ai établi dès longtemps une loi relative au rapport intime qui existe entre les causes essentielles des difformités du système osseux et les caractères à l'aide desquels elles se traduisent. Cette loi, dont la généralité est loin de se circonscire dans l'ordre des faits qui nous occupe, établit que « les causes essentielles des difformités du système osseux possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des difformités auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut, en général, par la difformité diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. » Si cette loi est rigoureusement exacte, elle doit, pour s'appliquer aux difformités de l'épine, résoudre par l'affirmative la dernière question que j'ai soulevée.

Toutes les déviations latérales de l'épine offrent des phénomènes communs et des phénomènes

propres. Ce fait est une première conséquence de la loi qui précède. Lorsqu'une cause quelconque tend à faire dévier la colonne de la verticale, dans la condition de la station debout, au même moment a lieu un mouvement instinctif des agents musculaires du tronc, pour maintenir ou rétablir l'équilibre, un instant troublé. Le mode d'action de la cause primitive de la déviation décide et détermine les caractères propres, et les efforts pour rétablir l'équilibre, efforts nécessaires dans toutes les déviations, puisqu'ils tiennent à la verticalité de l'épine, décident et déterminent les caractères communs. Dans toute déviation il y a donc des caractères propres, dépendant d'une cause spéciale, et des caractères communs produits par des conditions dynamiques communes, c'est-à-dire par les conséquences de la verticalité de la colonne. Ce principe était utile à établir, car il fait apercevoir au delà des analogies superficielles, des caractères spécifiques différentiels certains, et il établit la combinaison des caractères des deux ordres, dont il importe de connaître l'existence et le siège, pour ne pas s'exposer à les confondre et conclure de l'existence de certaines ressemblances apparentes, à l'absence de différences et d'oppositions réelles. Or, comment se traduisent les phénomènes caractéristiques de chaque espèce de déviation et les phénomènes communs à tous ?

J'ai dit que toute cause de déviation latérale de l'épine se résout nécessairement en une action mécanique, qui a pour effet de placer cette tige, en tout ou en partie, en dehors de la verticale. J'ai développé ailleurs ce fait, qui est l'intermédiaire absolu, nécessaire, de toutes les causes de déviations latérales de la colonne. La faiblesse musculaire générale, le défaut d'antagonisme parfait entre les muscles homologues du dos, la paralysie de quelques-uns d'entre eux, l'inclinaison anormale du plan de sustentation de la colonne, l'inégalité primitive des deux moitiés du squelette, le rachitisme ou les scrofules, toutes causes parfaitement établies et généralement reconnues, n'ont pas d'autre manière de produire des déviations de cette tige. Eh bien ! chacune de ces causes a, comme la rétraction musculaire primitive, son extériorité propre ; chacune s'entoure, comme cette dernière, d'une collection d'effets, qui débordent presque toujours le fait et le théâtre de la déviation, mais qui éclairent son origine, chacun met dans la physionomie de la difformité un ensemble de caractères, résultant du rapport intime de toute cause avec les parties qu'elle modifie. C'est ainsi que la faiblesse musculaire et ligamenteuse, qui donne lieu, sous l'action verticale de la pesanteur, à une espèce de déviation de l'épine, se manifeste dans tous les muscles et dans tous les ligaments, dans toutes les articulations du squelette, en même temps que la forme spéciale de la difformité accuse d'une manière rigoureuse le défaut de résistance de la colonne et des muscles destinés à la maintenir contre l'action verticale incessante du poids des parties supérieures. C'est ainsi que, dans une variété de déviations de la même espèce, celle produite par une elongation trop rapide et disproportionnée de la colonne, le défaut de rapport entre la longueur totale du corps et de la colonne entre la

hauteur de la taille et l'âge du sujet, joint au siège spécial de ces déviations, à leur forme déterminée, à l'étendue et à la direction de leurs courbures, au rapport de la torsion avec ces dernières, ne laisse aucun doute sur leur origine ; c'est encore ainsi que les déviations rachitiques et scrofuleuses, expressions localisées de causes qui occupent toute l'économie, éclairent leur origine au reflet des autres effets de ces mêmes causes, tandis que la manière dont ces causes réalisent la déviation accuse de son côté l'essentialité de leur nature. Il serait trop long de cataloguer ici tous les caractères spécifiques de chaque cause : qu'il me suffise de dire que je les ai formulés ailleurs avec toute la précision nécessaire, et avec tous les développements dont ils sont susceptibles, et on pourra s'en rapporter provisoirement à cette déclaration, par l'application que j'ai faite de cette doctrine à la détermination des déviations par rétraction musculaire active. Or, toutes les déviations essentielles sont, comme ces dernières, reconnaissables à cet ensemble de caractères généraux et locaux, reconnaissables à l'absence des caractères appartenant à d'autres espèces, abstraction faite des caractères communs à toutes. Or, quels sont ceux qui sont communs à toutes les espèces de déviations ? Précisément ceux qui émanent d'un certain degré d'intervention de la rétraction musculaire active, qui, comme je l'ai dit plus haut, se mêle à toutes les déviations, concourt à leur développement pour une part très-difficile à déterminer.

J'ai dit plus haut que toutes les causes essentielles des déviations de l'épine, marquaient, chacune à leur manière, le point de départ des difformités auxquelles elles donnent naissance ; que ce point de départ consistait en une certaine manière de déplacer la colonne de la verticale. Ce premier élan donné à la déviation, presque aussitôt les muscles de l'épine interviennent pour retenir ou ramener cette tige dans la ligne de gravité, et il s'établit une lutte entre ces deux puissances, la cause de l'inclinaison pathologique d'une part, et les muscles destinés à maintenir l'équilibre de l'autre, lutte à la suite de laquelle se produisent les courbures alternes, dont est toujours composée toute déviation de l'épine. Or, qu'est-ce que cette action des muscles du tronc produisant des courbures de balancement, sinon un mode particulier de la rétraction musculaire active, qui a pour résultat de déterminer un certain degré de raccourcissement dans les muscles employés à la production de ces mêmes courbures, proportionné à l'effort qu'ils doivent faire pour maintenir la colonne dans la ligne de gravité ? Ce mode de rétraction, dont la forme, l'influence et les effets sont les mêmes que ceux de la rétraction primitive, essentielle, diffère néanmoins quant à son motif et son origine ; c'est pour cela que, si je l'ai placé à la suite de l'histoire de la rétraction musculaire spasmodique, comme offrant, dans des limites plus restreintes, certaines indications au traitement chirurgical des déviations de l'épine, je veux aussi lui conserver sa signification différentielle par une appellation propre : je nomme ce mode de rétraction la *rétraction active et secondaire*, et ainsi je la différencie de la rétraction primitive et de la rétraction purement passive qui

adopte la forme et les dimensions des muscles au trajet qu'ils parcourent et à l'espace qu'ils occupent. On peut donc dire, pour résumer cette dernière partie de mon mémoire, que la rétraction musculaire active secondaire est l'agent des courbures de balancement dans les déviations dépendantes de causes autres que la rétraction musculaire spasmodique, et que les caractères propres à ces courbures, qui se retrouvent dans toutes les déviations, constituent les caractères que j'ai appelés communs.

Telle est l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine dans ses rapports avec la rétraction musculaire active. Dans un prochain mémoire, je mettrai cette étiologie générale en regard des variétés anatomiques des déviations qu'elle produit, et je montrerai que chacune de ces dernières est l'expression de la rétraction musculaire active, différemment distribuée dans les muscles de la colonne et du dos.

(Gazette médicale de Paris, n° 24.)

115. Orthopédie sous-cutanée.

Nous empruntons l'article qu'on va lire au dernier numéro de la *Gazette des Médecins-Praticiens*. Voici quelques courtes explications au sujet de cet article :

M. le docteur Philipps, collaborateur et ami de M. Dieffenbach, vient de publier, à Berlin, une brochure, écrite en français, sur les opérations de ténatomie et de myotomie pratiquées depuis quelque temps par ce chirurgien. Cette brochure, dont nous n'avons eu jusqu'ici connaissance que par un extrait inséré dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette des Médecins-Praticiens*, tranche, de la manière la plus étonnante, toutes les questions d'invention et de priorité au sujet de la méthode sous-cutanée et des nombreuses applications dont elle a été l'objet dans ces derniers temps. Si nous nous en rapportons à l'extrait publié par la *Gazette des Médecins-Praticiens*, M. Dieffenbach se déclarerait, par la plume de son officieux secrétaire, l'inventeur de tout ce qui a été fait jusqu'ici par cette méthode. En attendant que nous soumettions nous-mêmes les curieuses prétentions du professeur de Berlin à un examen détaillé, nous sommes heureux de pouvoir leur opposer provisoirement l'article que nous trouvons dans le journal même qui les a fait connaître : c'est un puissant correctif, dont nous savons gré à l'impartialité éclairée de notre honorable confrère M. Latour. Voici son article :

« Nous avons donné, sous ce titre, dans l'avant-dernier numéro, un fragment d'un opuscule français, publié en Allemagne, intitulé : *Chirurgie de M. DIEFFENBACH*; par M. Ch. Philipps, collaborateur du professeur de Berlin. Nous avons inséré cet extrait sans examen ni commentaire, et simplement comme document d'histoire chirurgicale contemporaine, laissant aux auteurs la responsabilité de leurs

assertions. Toutefois, comme cet article paraît rédigé sous l'influence d'une partialité nationale et personnelle, qui a excité de la surprise parmi les chirurgiens français, il nous importe d'aller nous-mêmes au-devant des réclamations dont il pourrait être l'objet, et de rétablir la vérité historique des faits.

Il est dit dans le fragment du médecin de Berlin que M. Stromeyer est le père de la *théorie ingénieuse* des sections sous-cutanées des muscles pour la guérison des difformités, et que cette théorie a reçu son baptême par le sang que M. Dieffenbach, l'audacieux chirurgien allemand, a fait couler, en exécutant, le premier, ces terribles opérations. Ce premier passage contient deux erreurs : 1° M. Stromeyer n'a point fait de théorie générale sur les opérations sous-cutanées ; il s'est borné à répéter avec succès, et avec quelques modifications manuelles, la section du tendon d'Achille pour le redressement du pied-bot. Mais cette opération est restée entre ses mains un fait isolé, empirique, dont les conséquences n'ont été développées et généralisées que plus tard et par des hommes étrangers à l'Allemagne. 2° M. Dieffenbach n'est pas le premier qui ait exécuté ces terribles opérations. De quelles opérations veut-on parler ? Probablement de la section sous-cutanée des tendons et muscles autres que le tendon d'Achille, car cette dernière opération a précédé de longtemps M. Dieffenbach. Or, quels sont ces tendons et muscles ? Quelques muscles du pied, du cou, du bras, de la hanche et du genou, de l'œil, de la poitrine, du dos, etc. On ne peut discuter en détail chacune de ces applications, qui ont été faites concurremment, depuis quelques années, par une foule de chirurgiens, de toute l'Europe.

» Nous ferons une remarque seulement sur la section des muscles du dos et de la hanche, pour les déviations de l'épine et les luxations congéniales ou anciennes du fémur, qui semble aussi être attribuée pêle-mêle avec les autres à M. Dieffenbach. S'il s'agit d'applications, nous ne le contesterons pas, quoique nous les ayons ignorées jusqu'ici ; mais s'il s'agit d'invention et de priorité nous sommes forcés de le nier. Tout le monde sait que c'est M. J. Guérin qui, en fait, a le premier pratiqué la section des muscles du dos et de la cuisse, et, en principe, établi la nécessité de ces opérations, déduite de la nature et des causes des difformités.

» Maintenant, examinons en général l'histoire de la ténatomie. S'il nous fallait apprécier la part qu'ont eue au développement de cette méthode MM. Stromeyer et Dieffenbach, nous dirions que le premier n'a fait qu'exécuter avec plus d'habileté opératoire et de précision et remettre en honneur une opération isolée, déjà connue, mais pratiquée par lui et après lui, de même qu'avant lui, comme moyen empirique borné à un seul tendon, sans point de départ rationnel et sans applications générales. C'est là qu'en sont restés ensuite les chirurgiens en répétant cette même opération. M. Dieffenbach, il est vrai, a fait, à ce qu'il paraît, un grand nombre de sections de tendons et de muscles ; mais il partage l'honneur de ces applications avec une foule de chirurgiens français et étrangers. Ce qu'il importe de fixer, c'est le véritable point de départ de la constitution scientifique de la méthode et de l'établissement des prin-

cipes qui ont inspiré, provoqué et démontré la nécessité de toutes ces applications. Or cette méthode scientifiquement et rationnellement considérée a pour base deux faits, à savoir :

» 1° Que presque tous les difformités articulaires sont le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles du tronc et des membres; d'où résulte, par conséquent, comme conséquence pratique, la nécessité d'appliquer à toutes les difformités, quels que soient leur siège et leur forme, l'opération empiriquement circonscrite autrefois à peu près au seul tendon d'Achille.

» 2° Que les plaies sous-cutanées sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative; d'où la conséquence pratique qu'on peut, sans danger aucun, faire toutes les sections indiquées par la théorie.

» Par le premier de ces principes, on a su qu'il fallait, pour guérir les difformités, couper les muscles ou tendons; par le second, on a su qu'on le pouvait. Par là donc, on a eu une théorie et une pratique rationnelles, d'une valeur absolue et définitive, applicables à tous les cas connus et à connaître.

» Or, cette théorie et cette pratique sont authentiquement françaises, et appartiennent de droit à notre honorable confrère M. J. Guérin, dont le titre à la priorité et originalité sont publics et connus de tous, même en Allemagne.

» Quant aux opérations ténatomiques qui ont conduit à l'établissement scientifique de cette méthode, ou qui en ont été la conséquence plus ou moins directe, la chirurgie française peut se glorifier d'une masse de faits qui, s'il s'agit du nombre et de la variété, ne redoute aucune comparaison. Il suffit de rappeler les noms de Delpech, Dupuytren, de MM. Bouvier, Duval, Stolz, Velpeau, Serres, Blandin, J. Guérin. Ce dernier, par suite de sa position de chef d'établissement orthopédique et de chirurgien d'hôpital, a fait, depuis quatre ans seulement, plus de mille sections de muscles ou tendons du tronc et des membres. Mais, encore une fois, il ne s'agit pas ici de statistique, mais de l'origine et des principes de la ténatomie, et nous sommes fondés à dire que ce n'est ni à Berlin, ni autre part en Allemagne que cette belle méthode chirurgicale a été inventée, systématisée et scientifiquement démontrée.

» Voilà ce que la connaissance des faits permet d'opposer aux exagérations du collaborateur de M. Dieffenbach.

NOTA. Nous n'avons pu jusqu'ici publier avec détail les nombreuses opérations dont il est parlé dans l'article qui précède. Mais, pour ne laisser aucun prétexte d'ignorance à ceux qui auraient à enregistrer les opérations de ténatomie, myotomie et de syndesmotomie, pratiquées jusqu'ici par la méthode sous-cutanée, nous indiquerons, par le nom seulement des parties divisées, celles des opérations que nous avons faites soit à l'hôpital, en présence du public, soit dans notre établissement, sous les yeux d'un ou de plusieurs médecins.

J'ai successivement divisé sous la peau, pour remédier à des difformités du tronc et des membres :

1° AU COL :

Le sterno-mastoïdien,
Le clédo-mastoïdien,
Le trapèze,
L'angulaire de l'omoplate,
Le splenius,
Le grand complexus,
Le cervical descendant.

2° AU DOS :

Le trapèze dans toute l'étendue de son insertion au scapulum,
Le rhomboïde dans toute l'étendue de son insertion au scapulum,
Le grand dorsal,
Les masses communes,
Le sacro-lombaire,
Le long dorsal,
Les faisceaux spinaux du long dorsal,
Les transversaires épineux, cervicaux, dorsaux et lombaires.

3° AUX MEMBRES SUPÉRIEURS :

Le deltoïde,
Le biceps brachial,
Le long supinateur,
Le radial antérieur,
Le cubital antérieur,
Le fléchisseur superficiel des doigts,
L'extenseur commun des doigts.

4° AUX MEMBRES INFÉRIEURS :

Le psoas-iliaque,
Le long-adducteur,
Le couturier,
Le droit antérieur,
Le tenseur du fascia-lata,
Les fessiers,
Le biceps,
Le demi-tendineux,
Le demi-membraneux,
Le droit interne,
Le tendon d'Achille,
Le jambier postérieur,
Les long et court fléchisseurs communs,
Les long et court fléchisseurs propres du gros orteil,
Le jambier antérieur,
Le long extenseur commun,
L'extenseur propre du gros orteil,
Les péroniers antérieurs et latéraux,
Le pédieux,
L'adducteur du gros orteil,
L'abducteur du petit orteil.

5° LES APONÉVROSES :

Fascia lata et plantaire.

6° LIGAMENTS :

Sterno-claviculaire,
Scapulo-huméraux,
Coxo-fémoraux,
Latéraux du genou,
Tibio-astragaliens latéraux et postérieurs,
Capsule astragalo-scaphoïdienne,
Scaphoïdo-cunéenne.

JULES GUÉRIN.

(Ibidem, n° 22.)

116. Tumeur anévrysmale de l'orbite, guérie par la ligature de l'artère carotide primitive; par George BUSK.

Un marin, âgé de vingt ans, reçut à la tête un coup violent qui lui fit perdre connaissance; revenu à lui, il eut une hémorrhagie à l'oreille droite, de la surdité dans cet organe; puis tout à coup les paupières de l'œil gauche et les téguments environnants se gonflèrent, la pupille resta dilatée, le globe de l'œil ne put plus se mouvoir et une légère paralysie avec sensation d'engourdissement s'empara de tout le côté gauche de la face. Quelques jours après, il s'établit dans l'oreille droite un écoulement purulent qui s'y maintint quelque temps. Bientôt après, ce fut le tour de l'œil gauche, qui devint douloureux et laissa voir entre les lames de la cornée une exsudation de matière purulente, laquelle se fit jour par une ulcération. Quatre mois après cet accident, ce marin eut la petite vérole, qui contribua encore à aggraver l'état de son œil; ce dernier devint proéminent, dit l'auteur, et il s'établit une vaste ulcération à la cornée. D'un autre côté, la surdité continuait, s'accompagnant de tintements d'oreille insupportables et la paralysie de tout le côté gauche de la face n'avait aucunement diminué.

Cependant l'ulcération de la cornée diminua au bout de quelques semaines, mais ce ne fut que pour laisser apercevoir une tumeur dure, pulsative, située dans la partie supérieure et interne de l'orbite. La température de cet œil était augmentée, et le malade était incommodé de bruits dans la tête, mais sans douleurs. Ces bruits cérébraux et la pulsation de la douleur cessaient par la compression de l'artère carotide du côté gauche. On fit alors la ligature de cette artère; elle réussit fort bien: car, en deux mois, le malade fut guéri et de l'ulcère de la cornée et du bruit cérébral. Mais la paralysie de l'œil et de la face persistèrent, et la surdité, qui jusque-là avait toujours siégé à l'oreille droite, la quitta pour venir encore affliger le côté gauche de la tête.

(London medico-chirurgical Transactions.)

117. Observations ophthalmologiques; par le professeur RAU, de Berne.

1° Absence complète des deux globes de l'œil chez un garçon de 15 ans.

2° Absence de l'iris. — Le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 52 ans, est affecté actuellement de cataracte; mais dès sa première jeunesse il a très-bien vu, même pu lire et écrire quoiqu'il n'eût d'iris ni à l'un ni à l'autre œil. Un cas pareil bien remarquable a été décrit par M. le docteur Stoeber, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1851.

3° Colobome de l'iris. — Le professeur de Berne a eu occasion de voir neuf fois ce vice de conformation qui n'a été bien étudié dans ces derniers temps que par Walther, quoique déjà Bartholin en ait parlé dans le dix-septième siècle (*Acta medica et philosophica Hafniensia*, 1675, 4, p. 62). M. Rau est disposé à regarder, avec Arnold et Seiler, ce vice de conformation comme dépendant d'une déviation et d'un manque de réunion des vaisseaux iridiens pour se convertir en arcades; ainsi la fente de l'iris ne dépendrait pas d'un arrêt, mais d'un manque de développement (*Traité d'Ophthalm.*, par Chelius, trad. par Ruef et Deyber, vol. II, p. 18).

4° Fistule du canal lacrymal. — Dans un cas de fistule existant au grand angle de l'œil où les petits canaux lacrymaux se réunissent, M. Rau a cautérisé l'ouverture fistuleuse au moyen d'un stylet d'argent trempé dans de l'acide nitrique; il eût été impossible de tailler un crayon de nitrate d'argent assez fin pour le faire entrer dans le trajet fistuleux. Cette manière de se faire un petit cylindre de nitrate d'argent extemporané avait déjà été employée par Pelletan.

5° Excroissance fongueuse de la cornée, guérie par l'excision et la cautérisation répétée avec la pommade de nitrate d'argent. — Cet exemple de guérison est d'autant plus intéressant que le pronostic de ce genre de tumeur est en général peu favorable.

(v. Ammon's Monatschrift, Bd. III, n° 1.)

118. Description d'un arrêt de développement remarquable dans les organes de la vision, avec quelques remarques sur la formation de l'œil; par le docteur MIRAM, prosecteur à la faculté de Wilna.

Parmi les faits qui peuvent le plus concourir à nous donner des explications sur le mode de formation des organes dans l'embryon, ceux qui se rattachent aux arrêts de développement de certaines parties sont de nature à jeter les plus vives lumières sur cette question. Les auteurs les plus célèbres en embryologie ont porté une attention spéciale sur ces espèces de monstruosité, où la nature a semblé avoir été entravée au milieu de son travail et avoir laissé les organes à moitié achevés.