

et Exchaquet, sur l'usage des pinces hémostatiques. Cet opuscule indique très-exactement de quelle manière nous disposons ces instruments dans nos opérations. Il peut suppléer au texte même de l'ouvrage, dans lequel nous n'avons fait qu'indiquer l'usage de la pince, sans insister le plus souvent sur la manière dont nous la plaçons et le temps qu'elle reste sur le vaisseau divisé.

PREMIÈRE LEÇON

DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Leur mécanisme et leur traitement rationnel

MESSIEURS,

Les deux malades que vous avez devant vous sont affectés de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite. Chez le premier, la luxation est récente (elle date de quarante-huit heures seulement) et ne présente rien de particulier, de sorte qu'il ne nous paraît pas nécessaire de vous y arrêter davantage. Chez le second, au contraire, la luxation remonte à deux mois et demi; nous pensons qu'il sera bon à ce propos de vous présenter quelques considérations sur le mécanisme des luxations de l'épaule et d'en tirer les conclusions pratiques qui en découlent, pour le traitement de ces luxations, surtout quand elles sont anciennes.

C'est qu'en effet, Messieurs, une thérapeutique rationnelle est en pareil cas d'une nécessité absolue. Il serait à coup sûr impossible d'en établir les bases si l'on n'avait sur le mécanisme de la luxation que des idées vagues ou en contradiction avec les résultats de l'expérience.

Étudiées à ce point de vue, les luxations scapulo-humérales doivent être divisées en deux grandes catégories :

- 1° LUXATIONS EN AVANT DE LA CAVITÉ GLÉNOÏDE.
- 2° LUXATIONS EN ARRIÈRE.

Par leur mécanisme, les luxations en bas se rapprochent des luxations en avant et peuvent être étudiées avec elles.

Quant aux luxations en haut, elles sont tellement rares, qu'elles ne constituent qu'une variété exceptionnelle dont nous ne nous occuperons pas.

Dans les cours publics que nous avons professés de 1860 à 1864, tant à l'École pratique de la Faculté qu'à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, nous nous sommes attaché à démontrer que les luxations produites artificiellement sur le cadavre reconnaissent le même mécanisme que les luxations accidentelles. Des autopsies en assez grand nombre, montrant l'identité des lésions dans les deux cas, venaient à l'appui de cette manière de voir.

Voici donc comment nous procédions pour produire artificiellement des luxations de l'épaule.

A. LUXATION EN AVANT.

On écarte le coude du tronc (abduction forcée), puis on saisit fortement le bras et on lui imprime, dans sa totalité, un mouvement de rotation forcée en dehors.

Lorsque cette rotation est portée à l'extrême, un coup violent soit sur le coude, soit sur l'extrémité supérieure de l'humérus, produit la luxation. La tête vient en avant et se place au-dessous ou en dedans de l'apophyse coracoïde, suivant la résistance qu'elle éprouve pour sortir de la cavité glénoïde. Cette résistance est opposée par la capsule et les muscles qui l'entourent.

Quand la tête sort entre les muscles, la rotation forcée est portée au summum. Les deux insertions capsulaires et le corps de chaque muscle sont soulevés violemment, distendus à l'extrême jusqu'au moment où la capsule se déchire irrégulièrement pour laisser passer cette volumineuse épiphyse.

Les expérimentations cadavériques entreprises depuis par d'autres ont donné des résultats absolument semblables à ceux que je viens de vous signaler. La méthode de réduction em-

ployée par Schizinger et dans laquelle la rotation en dedans joue le principal rôle est basée sur ces expériences.

Théodore Kocher et Otz ont parfaitement observé qu'il est impossible de produire artificiellement une luxation de l'épaule, soit en avant, soit en arrière, sans combiner l'adduction ou l'abduction avec la rotation en dedans ou en dehors (1).

La luxation en bas n'est qu'une des phases de la luxation sous-coracoïdienne ou intra-coracoïdienne. Il suffit pour qu'elle se produise que le mouvement d'abduction du bras soit exagéré. Dans ce cas, au lieu de quitter la cavité glénoïde, en franchissant son bord antéro-interne, la tête humérale sort au niveau du bord inférieur. Ce déplacement est encore plus facile lorsque la propulsion agit de haut en bas et vient ainsi en aide à l'abduction exagérée.

Des désordres anatomiques d'intensité variable accompagnent ces divers déplacements. La capsule et les muscles qui l'environnent sont tordus et enroulés autour de la tête. Ils cèdent et se rompent aux points où elle exerce le plus énergiquement son action.

Il importe d'avoir ces considérations toujours présentes à l'esprit pour bien comprendre que toute manœuvre inopportune et en contradiction avec elles n'aurait aucune chance de succès. En effet, les obstacles qui s'opposent à la rentrée de la tête humérale dépendent de la capsule et des muscles; et les uns et les autres opposeront naturellement plus de résistance là où ils seront restés intacts, que là où ils auront été déchirés ou arrachés par la sortie de la tête.

J'insiste un peu, Messieurs, sur la luxation en avant, parce que c'est la plus commune des luxations de l'épaule, on pourrait même ajouter de toute l'économie.

B. LUXATION EN ARRIÈRE.

Son mécanisme est tout à fait analogue à celui de la luxa-

(1) Kocher Theodor, *Sur une nouvelle méthode pour la réduction des luxations de l'épaule*, in *Berliner Klinische Wochenschrift*. 1870, n° 9.

tion en avant. Je n'ai pas besoin de vous faire observer, Messieurs, que les mouvements dont l'ensemble produit le déplacement de la tête doivent être faits dans une direction entièrement opposée à celle qu'ils avaient dans la première variété. Ainsi : à l'abduction forcée correspond l'adduction forcée ; à la rotation en dehors, la rotation en dedans, etc. En d'autres termes, c'est la reproduction accidentelle des mouvements nécessaires pour réduire la luxation en avant, avec cette différence que ces mouvements sont appliqués sans mesure sur une articulation saine.

Ce double mécanisme étant bien compris, les manœuvres nécessaires à la réduction sont faciles à concevoir :

Il faut, pour rentrer dans la cavité glénoïde, que la tête humérale parcoure de nouveau le chemin qu'elle a suivi pour en sortir.

Pour obtenir ce résultat, l'opérateur doit *imprimer à la tête le mouvement inverse de celui qui a produit le déplacement*. C'est à-dire, pour la luxation en avant, il faut exercer sur l'humérus la rotation en dedans, l'adduction et la propulsion de dedans en dehors.

La réduction des luxations en arrière se fait, comme nous vous le disions tout à l'heure, absolument d'après le même principe.

Nous avons réduit un grand nombre de luxations de l'épaule en avant ou en arrière et remontant à des époques variables, de six semaines à dix-huit mois. Pour peu qu'elles n'eussent point dépassé cette limite, nous avons toujours réussi. Des manœuvres analogues pratiquées en Angleterre par Rushton Parker, dans des cas de luxation ancienne, ont eu également de bons résultats (1).

Maintenant, Messieurs, il ne me reste plus qu'à vous dire un mot de l'appareil auquel je donne la préférence.

Dans les luxations anciennes, la capsule est enflammée, quelquefois rempli d'épanchement ; des brides cicatricielles se sont

(1) Rushton Parker, in *British medical journal*, 1872, p. 272.

formées dans les points où s'étaient faites les ruptures, de

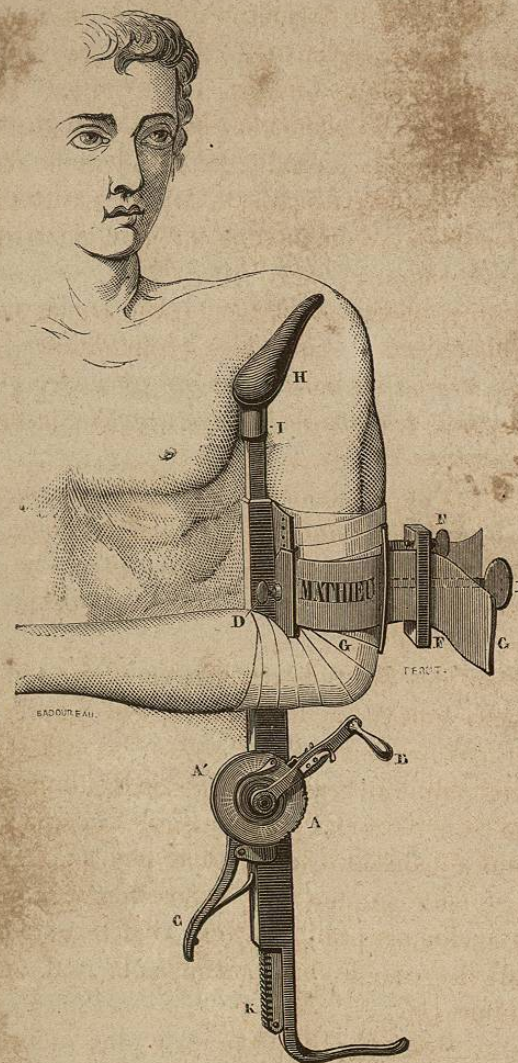


FIG. 1. — Appareil de Jarvis avec dynamomètre appliqué dans une luxation de l'épaule.

sorte que la réduction avec le secours d'aides ordinaires devient, sinon impossible, tout au moins extrêmement labo-

rieuse. Il est également impossible de connaître exactement la force déployée par les aides. Elle est inconstante et varie d'un instant à l'autre, tantôt elle est suffisante pour déchirer les parties molles; d'autres fois, au contraire, elle tombe au-dessous du minimum nécessaire pour la réduction et ne dépasse point 60 à 80 kilogrammes.

En règle générale, Messieurs, je réduis toutes les anciennes luxations de l'épaule avec l'appareil de Jarvis, modifié par Mathieu. Je n'insisterai pas sur la description de cet utile instrument. Vous la trouverez dans vos traités classiques (1); je veux seulement appeler votre attention sur l'heureuse innovation que nous devons à Nélaton : c'est l'addition d'un dynamomètre à l'appareil (fig. 1). Avec ce régulateur, on n'est plus exposé à ce terrible accident, l'*arrachement du membre*, qui s'est produit plusieurs fois, même entre les mains de chirurgiens habiles. L'expérience m'a démontré en effet, Messieurs, que c'est seulement sous l'influence d'une traction de 200 kilogrammes que la peau et les parties molles sous-jacentes de l'épaule se déchirent (2). Il ne faudrait pourtant point s'en fier absolument aux indications expérimentales et déployer toujours sans hésiter une force de 190 à 200 kilogrammes. Nous croyons même qu'il serait imprudent de dépasser 160 kilogrammes. Avec le dynamomètre vous savez toujours où vous en êtes et vous n'avez point l'inconvénient réel de n'exercer qu'une action insuffisante dans la crainte de dépasser les limites de la résistance normale des tissus. Ce que je vous dis à propos des luxations de l'épaule, vous pouvez l'appliquer aux luxations de la hanche. Le mécanisme étant le même, le traitement doit être analogue.

L'application de l'appareil de Jarvis est exempte de difficultés. Il est bon toutefois de prendre certaines précautions pour protéger la peau, le thorax, la clavicule.

Le chirurgien doit d'abord refouler avec les deux mains les téguments du bras vers le moignon de l'épaule. De la sorte,

(1) Voyez *Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, 2^e édition, t. III, p. 144.

(2) De Labastida. Thèses de Paris, 1866.

il empêchera la formation de replis cutanés au-dessus du coude et diminuera les chances de déchirure.

Je n'insiste pas sur les dangers de la compression de la poitrine chez un malade chloroformé. Il est toujours facile d'éviter ce fâcheux incident.

La fracture de la clavicule serait à craindre si la fourchette servant à la contre-extension venait s'appliquer directement par sa branche antérieure sur la face inférieure de l'os, en refoulant la paroi antérieure de l'aisselle. Il suffit, pour se mettre en garde contre cet accident, de choisir une fourchette largement ouverte.

Du reste, Messieurs, la meilleure démonstration que je puisse apporter à l'appui de ma manière de voir, c'est celle que fournissent les faits eux-mêmes; si vous voulez jeter les yeux sur ce tableau (*voy. le tableau ci-joint*), vous y verrez résumée l'histoire d'un certain nombre de malades opérés pour la plupart devant vous. Quand tous les moyens ordinaires ont échoué, ceux que je vous recommande ont le plus souvent, sinon toujours, réussi (1).

(1) Les autres réductions faites après le 15 janvier seront consignées dans la seconde partie de ce travail.

Tableau comparatif de quatorze cas de luxations de l'épaule, la plupart anciennes, avec leur mode de réduction.

N ^{os} D'ORDRE.	NOM AGE PROFESSION.	CAUSE DE LA LUXATION.		AGE de la LUXATION.	VARIÉTÉ.	TRAITEMENT.	ÉPOQUE de la SORTIE.	ÉTAT au moment de la sortie		OBSERVATIONS.
		DATE.	NATURE.					GUÉR.	NON	
1	?	?	?	ancienne.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — Manceuvres indiquées (sans emploi d'appareil).	?	1		A fait le sujet de la leçon du 4 janvier 1873. (<i>Diacnostic des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et des luxations de l'épaule</i>). Luxation réduite à la clinique du 1 ^{er} janvier 1873.
2	Homme âgé.	?	?	Id.	Id.	Mêmes procédés.	?	1		
3	?	18 mai 1873.	Chute de sa hauteur sur la paume de la main.	3 semaines.	Sous-glénoïdienne.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> .	?	1		
4	Germoise, 40 ans. nacrier,	22 mars 1874.	Choc de l'épaule contre le bord d'un trottoir dans une chute de sa hauteur.	2 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme et procédés ordinaires sans appareil.	27 mars.		1	Sorti de l'hôpital par mesure administrative.
5	Picot, 29 ans. cordonnier,	18 avril 1874.	Mouvement brusque dans son lit après un réveil en sursaut.	1 jour.	Id.	Id.	?	1		Plusieurs luxations antérieures de la même articulation. Accidents fébriles avant la réduction.
6	Doutreux, 68 ans.	7 juillet 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule dans un escalier.	Id.	Id.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> .	19 juillet 1874.	1		

7	Potelle, 54 ans.	24 octobre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule.	1 mois.	Sous-coracoïdienne.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> .	31 octobre 1874.	1		Luxation du pouce en arrière concomitante. Celle-ci avait été seule remarquée par le malade. Il ne se plaignit de son épaule que 3 semaines après la réduction de la luxation du pouce.
8	Bertrand, 54 ans. scieur de pierres,	6 novembre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule d'une hauteur de 1 m. 80 c.	3 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> .	17 novembre 1874.	1		
9	? ébéniste, 17 ans.	3 novembre 1874.	Chute d'une échelle sur l'épaule.	1 mois.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> . F = 130 k.	15 décembre 1874.	1		
10	? 45 ans.	mai 1872.	Chute d'un cabriolet lancé à toute vitesse.	4 mois.	Id.	Id.	"	1		Guérison au bout de 3 semaines. Malade de ville. Traité avec MM. Belin et Brochin.
11	Perrot, 45 ans. tonnelier,	1872.	Chute sur le coude.	6 mois.	Sous-acromiale.	Chloroforme — <i>Appareil de Jarvis</i> . F = 110 k.	6 semaines après la réduction.	1		Observation recueillie par M. Faure à St-Antoine.
12	? couturière, 62 ans.	28 décembre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule.	4 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Procédés ordinaires et chloroforme sans appareil.	14 janvier 1875.	1		
13	K... maçon, 54 ans.	29 octobre 1874.	Id.	6 mois.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> . F = 130	"	1		On apprend presque aussitôt après deux tentatives infructueuses que la luxation était beaucoup plus ancienne que ne l'avait le malade.
14	M. tourneur, 55 ans.	14 janvier 1875.	Id.	2 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — <i>Appareil de Jarvis</i> . F = 90.	"	1		

DEUXIÈME LEÇON

DES HYPERTROPHIES PAPILLAIRES PARTIELLES DE LA LANGUE

Leurs diverses formes. — Diagnostic différentiel de ces formes entre elles et avec les autres maladies de la langue. — Traitement (*excision, compression préventive avec la pince hémostatique*).

MESSIEURS,

Il y a un mois à peine, j'opérais devant vous un malade affecté d'une hypertrophie papillaire partielle de la langue; nous avons affaire aujourd'hui à un cas de même nature. Je vais vous rappeler en quelques mots l'histoire du premier malade, et par le rapprochement de ces deux observations vous pourrez plus aisément saisir les similitudes qu'elles présentent et les différences légères, d'ailleurs, qui les séparent.

OBSERVATION I.

Un jeune homme de dix-sept ans, occupant le n° 55 de la salle Saint-Augustin, portait sur la partie moyenne de la moitié droite de la langue, une tumeur du volume d'une grosse noisette (voy. fig. 2). Développée dans l'épaisseur de l'organe, elle était recouverte par une muqueuse fortement congestionnée et hérissée de papilles hypertrophiées, dont la pression faisait jaillir des jets de sang. Entré d'abord dans le service de M. Besnier, ce malade y avait été soumis, sans succès, à un traitement interne. Opéré

HYPERTROPHIES PAPILLAIRES PARTIELLES DE LA LANGUE. 11
dans une de nos cliniques par l'excision avec hémostase préventive

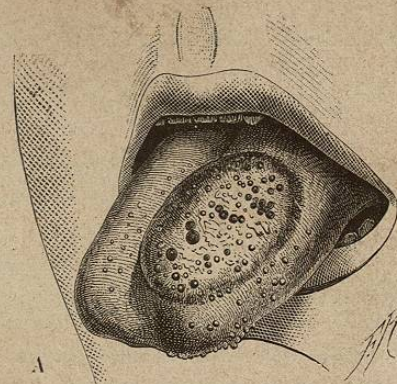


FIG. 2. — Hypertrophie papillaire de la langue. — A, face supérieure (obs. I).

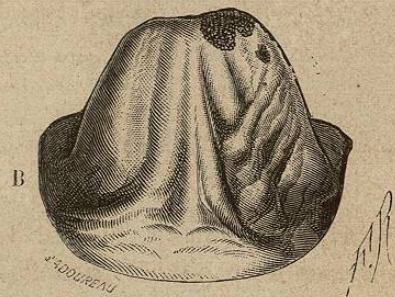


FIG. 2 bis. — Même organe. — B, face inférieure avec les veines dilatées et sinueuses.
(De notre collection.)

au moyen des pinces. Ce jeune homme est aujourd'hui entièrement guéri (1).

La malade que nous allons opérer, Messieurs, présente une hypertrophie papillaire de forme un peu différente.

Les phénomènes de congestion sont plus prononcés, la saillie des papilles est tout aussi notable, mais la grande vascularité de la tumeur attire tout d'abord l'attention et lui donne un aspect assez analogue à celui d'une tumeur érectile sanguine.

(1) Voy. Observation détaillée, in *De la Forcippresse*, mémoire de MM. Deny et Exchaquet. Paris, 1875.