

LEÇONS ORALES
DE
CLINIQUE CHIRURGICALE

RD30
D86
1839
u. 2



Manuscrit de la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris

GERMER BAHLÉDÉ, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DE LA HARPE, 171, PARIS.
1839

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

FAITES A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

PAR M. LE BARON DUPUYTREN.

L. Castanet

ARTICLE I.

DE LA LUXATION DU MÉTATARSE.

C'était une opinion généralement répandue parmi les auteurs, que les articulations arthroïdiales n'étaient point susceptibles de déplacement. Cette assertion tenait sans doute à leur disposition anatomique. Lorsqu'on examine, en effet, ces articulations, on trouve les surfaces planes qu'elles présentent si serrées les unes contre les autres, tellement fortifiées dans leurs rapports par les ligaments qui les entourent, et si protégées contre les violences extérieures, qu'on ne peut concevoir leurs luxations que par une violence très forte et qu'avec un déplacement prodigieux. Ajoutons à ces considérations déjà puissantes, que ces articulations n'offrent point de mouvement appréciable, à l'exception d'une espèce de glissement très obscur, dans lequel les extrémités osseuses ne s'abandonnent presque pas.

Frappé de cet ensemble de dispositions, Boyer nia positivement la possibilité de ce déplacement. Les articulations du métatarse, dit-il (*Mal. chirurg.*, t. IV, p. 406.), sont trop serrées, et ses os trop peu mobiles pour qu'ils puissent se luxer. Si nous interrogeons les divers auteurs qui ont traité

des maladies des os, tous gardent un silence absolu sur ce sujet. J.-L. Petit, Desault, n'en font aucune mention. Aussi les faits que nous allons consigner nous paraissent-ils uniques dans les fastes de l'art, ou du moins les premiers qui aient été observés. Ils ont d'ailleurs toute l'authenticité possible, car ils ont été vus par un nombre considérable d'élèves et par la plupart des membres de l'Académie royale de médecine.

OBS. I. — *Luxations de tous les métatarsiens sur les os correspondants du tarse.* — La nommée Françoise Voichot, âgée de trente ans, porteuse à la Halle, d'une excellente constitution, fut transportée le 6 novembre 1822 à l'Hôtel-Dieu et placée dans une des salles de M. Dupuytren.

Cette femme raconta qu'en descendant le pont Saint-Michel avec un fardeau d'environ deux cents livres, elle venait de faire une chute dans laquelle tout le poids du corps avait porté sur le pied droit; qu'à l'instant où elle faisait effort pour se retenir, elle avait éprouvé dans cette partie une douleur extrêmement vive, entendu d'une manière très distincte un craquement considérable, et qu'il lui avait été impossible de se relever.

On procède aussitôt à l'examen des deux pieds: l'un est sain, petit, parfaitement bien conformé; l'autre, au contraire, présente une lésion remarquable, la *voûte* qui est particulière aux pieds bien faits, est remplacée par une surface plane beaucoup plus prononcée que chez les personnes affectées de la difformité connue sous le nom de *pied-plat*. Cette disposition fait d'abord croire à M. Dupuytren que les os du métatarse sont fracturés; dans cette idée il les explore avec le plus grand soin. L'impossibilité de constater la crépitation, la mobilité, lui fait abandonner cette supposition.

L'aspect du premier métatarsien, qui, le plus court des cinq os, paraissait alors le plus long, pouvait causer quelque embarras; mais M. Dupuytren ne tarde pas à s'apercevoir que cet os, ayant conservé ses moyens d'union avec le premier cunéiforme, l'a en même temps entraîné dans son déplacement. Dès lors, il ne peut plus rester de doute relativement à

l'existence de la luxation des quatre derniers métatarsiens et du premier, encore uni au cunéiforme le plus voisin, sur les os correspondants du tarse.

Le court intervalle qui s'était écoulé depuis l'accident, l'absence de tout gonflement, permettaient d'ailleurs de vérifier facilement cette disposition contre nature. Voici dans quel état le pied se trouvait: 1° Sa longueur, comparée à celle du pied opposé, était moindre de quatre à cinq lignes environ, et ce raccourcissement tenait évidemment au chevauchement des os luxés. 2° Sur sa face dorsale existait une saillie transversale d'un demi-pouce de hauteur, formée tout entière par l'extrémité postérieure des métatarsiens et du premier cunéiforme, mais beaucoup plus prononcée en dedans qu'en dehors, de telle sorte que si l'on n'eût pas eu la conviction intime que le déplacement était complet, on aurait pu croire que les surfaces articulaires s'étaient d'autant moins abandonnées qu'on les examinait plus près du côté externe de l'articulation. Cette saillie représentait d'une manière assez exacte, mais dans un point plus reculé, la ligne qui a été tracée pour les cas d'amputation partielle du pied, moins toutefois la portion de cette ligne appartenant à la première articulation cunéo-métatarsienne. 3° Derrière elle était pratiqué un enfoncement qui pouvait aisément loger un doigt placé en travers. 4° La concavité du pied se trouvait complètement effacée, et remplacée par une surface plane due à l'abaissement des os du tarse. 5° Enfin les tendons des extenseurs se dessinaient fortement à travers la peau, et soulevaient d'autant les orteils. Si à cette difformité remarquable on ajoute la douleur vive que la malade ressentait, l'impuissance accidentelle du membre, et l'immobilité presque absolue des parties luxées, on aura la réunion des signes d'après lesquels le diagnostic fut établi. Du reste, les téguments n'avaient subi aucune altération sensible.

L'indication en pareille circonstance se présentait d'elle-même, et l'on ne pouvait certainement s'attendre, vu la déchirure complète qu'avaient dû éprouver les ligaments, à rencontrer beaucoup de difficultés pour la remplir; aussi la

réduction allait être faite sur-le-champ ; mais M. Dupuytren, considérant que rien de fâcheux ne semblait menacer la malade, que même depuis l'accident la plus légère tuméfaction ne s'était point encore manifestée, voulut différer jusqu'au lendemain pour soumettre ce cas extraordinaire, dont il avouait ne pas connaître d'exemple, à l'observation des élèves, à l'examen de quelques médecins, et à celui de l'Académie en particulier. On se contenta donc de prescrire un bain, des résolutifs sur le pied, et une boisson antispasmodique. Il ne survint, en effet, qu'un gonflement assez peu considérable, et vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, on porta la malade à l'amphithéâtre pour opérer la réduction. Lorsqu'on l'eut convenablement placée sur un lit, on disposa sur la partie inférieure de la jambe, préliminairement fléchie, et solidement maintenue par des aides, un drap plié en cravate, dont les chefs, ramenés en arrière, devaient servir pour la contre-extension. On établit ensuite, pour faire l'extension, un lacs fixé, autant que possible, au moyen d'une longue bande sur l'extrémité antérieure du pied. Après quoi, l'opérateur, présidant lui-même aux mouvements que l'on avait à faire, et pressant de ses deux mains, et en sens opposé, sur les os déplacés, ne tarda pas à les replacer dans leurs rapports naturels. A l'instant où cet effet eut lieu, on put entendre, même d'assez loin, un bruit que la malade reconnut pour être analogue à celui qui s'était produit la veille pendant l'accident. Dès ce moment plus de difformité, les douleurs elle-mêmes avaient en grande partie disparu ; et à tel point du peu de gonflement qui persistait, le pied se retrouvait en tout conforme à celui du côté opposé. Après la réduction, M. Dupuytren fit remarquer qu'il existait entre les os du tarse une mobilité insolite très considérable, manifestement due à la rupture qu'avaient aussi éprouvée les ligaments destinés à les unir.

La malade étant reportée à son lit, on appliqua sur le pied et sur l'extrémité inférieure de la jambe des compresses imbibées d'une liqueur résolutive, et un bandage roulé un peu serré ; le membre fut couché demi-fléchi sur un oreiller, et

l'on fit donner une boisson calmante. A l'aide de ce traitement, rigoureusement observé jusqu'au 6 décembre suivant, c'est-à-dire pendant un mois entier, on vit peu à peu la tuméfaction et les douleurs disparaître, sans que la cure fût traversée par quelque accident nerveux ou autre. A cette époque, les articulations affectées ayant paru suffisamment raffermies, on permit à la malade de se lever ; bientôt elle put essayer quelques pas, sans discontinuer toutefois l'emploi du bandage ; et le 17 décembre, sa guérison étant jugée complète, on lui accorda son billet de sortie. M. Dusol, dans le service duquel était la malade, la revit quelque temps après ; elle conservait encore un peu de gêne en marchant (1).

Il n'est pas sans intérêt de chercher à nous rendre compte du mécanisme suivant lequel cette luxation a pu se produire. Voichot cheminait avec une charge considérable, lorsque tout-à-coup son pied droit glisse en avant ; elle veut se garantir de la chute qui la menace ; dans cette intention, elle ramène instinctivement le corps dans le même sens, et ce mouvement fait peser sur le pied droit tout le poids du corps, augmenté par celui du fardeau.

Vous comprenez que, dans cette circonstance, la jambe se trouvant fléchie, et le talon fortement relevé et maintenu fixe par la contraction des muscles jumeau et soléaire, le pied a dû prendre un point d'appui sur le sol par sa moitié antérieure, et le centre de gravité passer par l'articulation tarso-métatarsienne, qui est alors devenue l'aboutissant de tous les efforts. Placée un instant entre deux puissances énormes diamétralement opposées, l'une (le poids du corps) tendant à opérer l'abaissement du tarse, l'autre (la résistance du sol) ayant pour effet de porter en haut, ou même simplement de retenir les os métatarsiens, cette articulation, quelque solides que soient les ligaments qui l'assujettissent, a vu leur résistance vaincue ; les surfaces articulaires se sont abandonnées, et le déplacement a été produit. Quant à l'influence des muscles jumeaux et jambier antérieur, elle nous paraît tout-à-fait secondaire ; peut-être les premiers ont-ils

(1) Observation recueillie par M. Dusol.

fait éprouver au tarse une véritable bascule, et le second a-t-il soulevé l'extrémité postérieure du métatarse.

On pourrait encore se demander si les trois espèces de ligaments nombreux qui environnent l'articulation tarso-métatarsienne n'ont pas subi quelque rupture. Quoique l'anatomie pathologique ne puisse ici nous éclairer, il est probable que les ligaments inférieurs ou plantaires, inter-osseux, et même supérieurs, ont éprouvé une solution de continuité plus ou moins forte et variable pour chacun d'eux.

L'observation que nous venons de rapporter est pleine d'intérêt : elle met d'abord hors de doute la possibilité de la luxation du métatarse; elle établit ensuite qu'elle peut exister sans complication fâcheuse; que son diagnostic repose sur des données positives, et qu'enfin les indications thérapeutiques sont faciles à saisir. Le fait suivant démontre que la réduction en doit être faite le plus tôt possible, parce que le déplacement peut devenir promptement irréductible, à raison de l'intensité de l'inflammation, des promptes adhérences que les parties contractent entre elles, et du peu de prise qu'elles présentent pour qu'on puisse les rétablir dans leur premier rapport.

Obs. II. — *Luxation du métatarse sur le tarse affectant à la fois les deux pieds.* — Eudes (Paul), âgé de vingt-quatre ans, bonnetier, d'une constitution lymphatico-sanguine, fit, dans un état d'ivresse, une chute sur la plante des pieds dans un fossé de six pieds de profondeur. Cette chute fut suivie d'un engorgement considérable, avec ecchymose de presque tout le pied, et força le malade à rester au lit trois semaines, pendant lesquelles il tint ses pieds entourés de compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée étendue d'eau.

Au bout de ce temps, il voulut essayer de marcher, mais ne pouvant le faire qu'avec difficulté et douleurs, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 18 août 1825.

La convexité que forme, dans l'état ordinaire, le dos du pied, était augmentée dans les deux pieds, mais d'une manière plus remarquable à gauche qu'à droite. Cette aug-

mentation de courbure avait nécessairement dû en diminuer la longueur. Le malade s'en était très bien aperçu, car lorsqu'il avait essayé de mettre ses souliers, il avait été obligé de fendre la portion de peau qui correspond au cou-de-pied, et de plus il avait remarqué que le bout de ses orteils s'étendait à un pouce moins loin que le point qu'ils atteignaient auparavant. Lorsque le malade marchait, il éprouvait de la douleur à la partie moyenne du bord interne du pied, et il était obligé, pour rendre cette douleur moins forte, de poser d'abord le talon sur le sol; il éprouvait beaucoup plus de difficultés à descendre qu'à monter un escalier. Du reste, lorsqu'il gardait le lit, il n'avait aucune douleur.

On voyait très distinctement à la partie moyenne de la face dorsale des pieds une ligne légèrement courbe, à convexité antérieure, un peu obliquement dirigée de dedans en dehors, due à la saillie des os du métatarse. Car en mesurant la distance comprise entre l'extrémité interne de cette saillie et l'articulation du gros orteil avec le premier os du métatarse, on la trouvait la même que celle du premier os du métatarse d'un squelette; de plus, l'extrémité externe de cette saillie aboutissait à la tubérosité qu'offre en arrière le cinquième os du métatarse; enfin la régularité de cette ligne saillante était interrompue par l'excès de longueur qu'offre le deuxième os du métatarse. Ce déplacement était beaucoup plus fort à gauche qu'à droite : à gauche, il était tel, qu'en couchant transversalement le doigt indicateur derrière le quatrième et le troisième os métatarsien, on pouvait, en pressant, loger entièrement ce doigt derrière la saillie de ces derniers. Le deuxième et le premier avaient subi un peu moins de déplacement. Le cinquième n'en offrait que très peu. Les tendons fléchisseurs des orteils étaient un peu tirillés.

Lors de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, diverses tentatives de réduction furent faites infructueusement. On essaya alors d'établir sur la saillie des os déplacés une compression permanente. Une épaisse semelle s'appliquant exactement à la plante des pieds, si ce n'est au niveau de l'extrémité postérieure du métatarse, où elle offrait un enfoncement trans-

versal, servit de point d'appui à plusieurs tours de bande disposés autour du pied. Cet appareil fut rendu plus efficace au moyen de compresses graduées placées sur la saillie du métatarse. Il fut renouvelé tous les deux jours. Malgré les soins continués pendant deux semaines, on ne put obtenir qu'une diminution peu sensible de la difformité, et le malade sortit cinquante jours après son entrée à l'hôpital (1).

Les deux faits que nous venons de citer prouvent donc de la manière la plus irrécusable l'existence de la luxation du métatarse sur le tarse; et si tous ceux qui ont écrit sur les maladies des os l'ont unanimement rejetée, c'est que ce déplacement est fort rare, puisqu'il n'a été observé par aucun autre chirurgien moderne, et que le seul examen anatomique, l'union serrée des os et la multiplicité des faisceaux fibreux ont suffi aux auteurs pour leur démontrer l'impossibilité de la luxation.

A quels signes reconnâtrons-nous maintenant le dérangement du métatarse? aux caractères suivants, très faciles à saisir, à moins qu'il ne soit survenu un gonflement considérable. Le pied sera raccourci de plusieurs lignes, disposition qui peut tenir à l'obliquité des orteils ou du métatarse, ou au chevauchement des os. La face dorsale présentera une saillie formée par l'extrémité postérieure des métatarsiens, et derrière laquelle existera un enfoncement très prononcé; enfin la concavité du pied sera remplacée par une surface plane due à l'abaissement des os du tarse.

Le mécanisme de cette luxation s'explique aisément par ce qui a lieu dans la marche sur la pointe du pied. L'articulation tarso-métatarsienne par laquelle passe le centre de gravité est alors placée entre deux forces entièrement opposées: l'une, la résistance du sol, qui porte en haut les métatarsiens; l'autre, le poids du corps, qui opère l'abaissement du tarse. Si, par une circonstance quelconque, le pied se trouvant dans cette position, l'effort que supportent les liga-

(1) Observation recueillie par M. J. Robert.

ments vient encore à être augmenté, on conçoit que le métatarse sera dirigé en haut et le tarse en bas, ou en d'autres termes, qu'il y aura luxation en haut du premier de cet os. Cette explication nous paraît hors de doute dans les deux observations précédentes.

Lorsque le déplacement est récent, il offre en général peu de gravité; mais il n'en est plus ainsi lorsqu'il est abandonné à lui-même pendant plusieurs mois, il devient alors impossible de le réduire. C'est en effet ce qui est arrivé dans l'exemple rapporté par M. Robert: les tentatives les plus habilement ménagées n'amenèrent aucun résultat avantageux.

Les règles à suivre en pareille circonstance ont été indiquées dans les deux observations que nous avons consignées, et surtout dans la première. On place sur la partie inférieure de la jambe, d'abord fléchie et solidement fixée par des aides, un lacs dont les extrémités, dirigées en arrière, doivent servir à la contre-extension. Un autre lacs, destiné à faire l'extension, est ensuite fixé sur la partie antérieure du pied. Dès que le chirurgien s'est assuré que les ligaments ont suffisamment cédé aux efforts d'extension par des pressions habilement ménagées sur les deux faces du pied, il repousse les os dans leur état normal. Lorsque le pied a repris son aspect habituel, on l'entoure d'un bandage roulé, qu'on recouvre souvent de topiques astringents. Il est indispensable de le maintenir dans un repos complet pendant tout le temps nécessaire à la guérison, et cette disposition est d'autant plus importante que les distensions, les tiraillements des ligaments du pied sont très longues à guérir. Négligées, ou mal soignées, ces lésions peuvent déterminer des affections fort graves des os.