

sous l'aisselle servit à faire la contr'extension. L'extension fut exercée par deux aides qui s'emparèrent de la main et du poignet; une quatrième personne pressait le haut de l'épaule avec ses mains. Les tractions eurent lieu dans le sens horizontal. Lorsque je les jugeai suffisantes, je m'emparai du bras comme d'un levier du premier genre, et j'abaissai brusquement le coude par un mouvement de bascule. La réduction s'opéra ainsi du premier coup, sans difficulté, et n'a été suivie d'aucun accident.

OBS. XII. — *Chute sur le côté gauche. — Luxation sous-scapulaire gauche. — Raccourcissement de six lignes.* — *Legrand* (Victor-Pierre), âgé de trente-neuf ans, mécanicien, entra le 22 décembre 1834 à l'hôpital de la Pitié. D'après ce qu'il dit, cet homme étant chargé tomba de sa hauteur, le bras gauche sous lui; l'épaule porta contre le sol. La douleur fut violente; il resta sur place, le bras éloigné du tronc. Mesuré avec soin le bras se trouva raccourci d'environ six lignes avant la réduction. La tête de l'humérus profondément cachée paraît s'être logée entre les muscles et la fosse sous-scapulaire, au dessous de l'apophyse coracoïde. Le coude était porté en avant plutôt qu'en arrière.

La réduction fut faite par la méthode horizontale. On maintint le bras dans une écharpe. Il n'y a pas d'ecchymose. Le malade sort de l'hôpital le 6 janvier.

OBS. XIII. — *Luxation sous-claviculaire. — Raccourcissement de six à huit lignes.* — Un homme âgé de trente à quarante ans, qui s'était luxé le bras dans une chute, se fit aussitôt transporter à l'hôpital de la Pitié, vers la fin de février 1836. M. *Maisonneuve*, alors élève interne dans ma division, le visita le soir, reconnut sans peine une luxation sous-claviculaire; en mesurant le membre de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épitrochlée, on s'assura que le bras était raccourci de six à huit lignes. On procéda sur le champ à la réduction, qui fut

aisément obtenue par le procédé ordinaire. Quand je vis ce malade le lendemain, il n'existait ni ecchymose, ni difformité à l'épaule. Je le renvoyai le troisième jour.

OBS. XIV. — *Chute sur le pavé. — Luxation sous-claviculaire. — Raccourcissement de quelques lignes.* — *Garier* (Joseph), âgé de soixante et onze ans, portier, entra le 5 janvier 1836 à l'hôpital de la Charité. Ce malade, grand et maigre, glissa et fit une chute violente sur le pavé la veille de son entrée dans l'hôpital. Il ne sait pas exactement quelle partie de son corps a la première frappé le sol; mais il croit que c'est le haut du dos: il n'a pas d'écorchure au coude. Le bras droit est porté un peu en arrière: impuissance complète du membre: si l'on rapproche le coude du tronc, le malade accuse de vives douleurs: il en éprouve moins si on écarte davantage le coude. Le moignon de l'épaule a perdu sa forme arrondie, l'acromion est saillant, et au dessous de lui est une dépression où l'on peut enfoncer profondément les doigts. Les faisceaux tendus du deltoïde se dessinent à travers la peau. Le creux de l'aisselle est vide: le devant de l'aisselle est tendu par la tête de l'humérus qui forme une tumeur arrondie au dessous de la réunion du quart externe, avec les trois quarts internes de la clavicule, et qui est appuyée contre le bord interne de l'apophyse coracoïde. Les deux bras étant mesurés comparativement avec un ruban de fil qu'on fait partir tantôt du sommet, tantôt du milieu, tantôt de l'angle externe de l'acromion pour aller à l'épicondyle, donnent toujours un raccourcissement de plusieurs lignes du côté malade: au moins est-il certain qu'il n'existe pas d'allongement. Le malade se plaint de douleurs vives: il n'a point dormi la nuit passée. Une opération à faire oblige M. *Velpeau* à remettre la réduction au lendemain (liniment laudanisé). Le 6 janvier, M. *Velpeau* procède à la réduction après avoir de nouveau mesuré comparativement les deux bras. On constate le même état qu'hier. On fait

d'abord deux tentatives infructueuses en dirigeant l'extension de haut en bas, de manière à faire coïncider l'axe du membre avec celui du corps. On a recours à l'ancienne méthode par laquelle l'extension, faite à peu près horizontalement, amène la réduction avec facilité, le membre est contenu dans une écharpe et le malade sort aussitôt de l'hôpital (1).

Vous voyez, Messieurs, par ces observations, que dans les luxations de l'humérus l'allongement du bras se trouve être la règle au lieu de l'exception; cet allongement est même quelquefois très considérable, puisque vous avez vu qu'il pouvait même aller jusqu'à un pouce. (*Voyez Observation 7^e.*) Ce fait me semble, du reste, difficile à expliquer. A moins d'admettre qu'en relevant le bras on fasse assez basculer l'acromion et la cavité glénoïde en arrière pour augmenter d'un à deux pouces l'espace qui sépare naturellement l'extrémité antérieure de l'épine du scapulum, de l'épicondyle, je ne comprends pas un pareil allongement. Des expériences sur le cadavre donneraient promptement le mot de l'énigme, sans doute; mais je n'ai pas encore eu le temps de m'y livrer.

L'application à la pratique de toutes les remarques que nous venons de faire est surtout importante quand il s'agit de faire un choix entre les nombreuses méthodes qui ont été vantées pour réduire les luxations de l'épaule. Si j'en crois ma propre expérience, en effet, c'est faute d'avoir fait attention aux différences établies plus haut que les praticiens sont si peu d'accord sur la valeur, soit relative, soit absolue, de chaque mode de réduction. En préconisant un procédé quelconque, à l'exclusion de tout autre, comme on l'a fait généralement jusqu'ici, il était impossible d'arriver à rien d'exact; car celui qui convient le mieux, dans l'une des espèces de luxations signalées, sera peut-être le

(1) Observation recueillie par M. Jewet.

moins favorable dans les autres espèces. Envisageant donc la question sous ce point de vue, je suis arrivé aux résultats suivants :

1^o L'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, est la meilleure méthode pour les luxations sous-pectorales ;

2^o Pour les luxations sous-scapulaires, c'est l'extension horizontale qui réussit le plus promptement ;

3^o Dans les luxations sous-claviculaires, l'extension oblique en bas, puis horizontale, convient mieux que les précédentes. J'ajouterai que, dans la plupart des cas simples, chacun de ces procédés peut suffire, et que c'est précisément ce qui les a fait adopter tous.

Extension verticale. La méthode qui consiste à relever le bras vers la tête, jusqu'à ce qu'il soit presque parallèle à l'axe du corps, et à faire l'extension dans cette direction, date déjà de près d'un siècle. *White*, en 1748, *H. Thomson*, en 1761, l'ont déjà vantée; *Portal*, qui écrivait en 1768 semble l'indiquer dans son *Précis de chirurgie*; depuis *Mothe*, qui croit l'avoir imaginée en 1775, elle a été successivement rappelée par *J. Bell* en 1809, par *Delpech* en 1816; *M. Goss* (1) prétend l'avoir vu employer plus de quarante fois à l'hôpital de Middlesex. Il n'en était presque plus question lorsque *M. Malgaigne* essaya d'en faire ressortir les avantages en 1832. Pourquoi donc avait-on oublié cette méthode? Ne serait-ce pas parce que, l'ayant entendu vanter comme préférable dans tous les cas, les praticiens voyant qu'elle échouait souvent, en auraient conclu qu'elle ne valait rien du tout? Il fallait donc, pour se décider, interroger l'expérience. Cette méthode me réussit parfaitement bien trois ou quatre fois de suite, soit que j'y eusse recours de prime abord, soit que j'eusse préalablement

(1) *Gazette médicale*, 1832.

mis la méthode ordinaire à l'épreuve; dans d'autres cas j'échouai.

OBS. XV. — *Luxation sous-pectorale. — Allongement d'un demi-pouce. — Réduction par les tractions verticales. — Succès.* — Une dame âgée de soixante-douze ans, près de laquelle me firent appeler MM. les docteurs *Barbet* et *Marie*, au mois de juin 1855, s'était pour ainsi dire pendue par la main droite à une échelle en tombant de la hauteur d'une croisée dans ses appartements. Le coude écarté du tronc, la saillie de l'acromion, la dépression et la tension du deltoïde, le creux sous-claviculaire augmenté, la tête de l'humérus dans l'aisselle et sous la peau entre les muscles grand dorsal et grand pectoral, indiquaient assez une luxation axillaire; le bras était d'ailleurs plus long que l'autre d'un demi-pouce : on l'élevait sans causer beaucoup de douleur; c'était tout le contraire quand on voulait le rapprocher du thorax.

Nous procédâmes immédiatement à la réduction. L'accident datait de deux heures. La malade resta placée sur une chaise basse : MM. *Marie* et *Moncla* s'emparèrent du membre, le soulevèrent par degré du côté de la tête, à un quart au dessus de l'angle droit; pendant qu'ils exerçaient dans cette direction une extension modérée, M. *Barbet* appuyait d'une main sur l'épaule; refoulant moi-même la tête de l'humérus de bas en haut, je crus bientôt pouvoir prescrire l'abaissement du bras, que je rendis aussi rapide que possible par un mouvement de bascule, et les parties reprirent instantanément leurs rapports de l'état normal. La longueur du bras se trouva dès lors égale des deux côtés, et les mouvements redevinrent sur-le-champ faciles dans l'articulation.

OBS. XVI. *Luxation sous-pectorale. — Allongement du bras luxé d'un demi-pouce. — Réduction par les tractions verticales. — Succès.* — *Desjardins* (Jean), âgé de cinquante-sept ans, chaudronnier, entra à l'hôpital de la

Pitié le 5 février 1855. Ce malade assez fort, un peu maigre, se porte habituellement bien. Il y a deux jours (5 février) en mettant un tuyau de poêle dans une cheminée, il tomba de neuf à dix pieds de haut. Resté d'abord sans connaissance, il ne sait pas s'il est réellement tombé sur l'épaule gauche qui est très douloureuse. Le malade ne peut pas mouvoir son bras de bas en haut : il peut cependant sans trop de douleurs le porter d'arrière en avant. Le deltoïde est déprimé, l'apophyse acromion très saillante : on peut très facilement déprimer les téguments au dessous. La tête de l'humérus portée en avant, au dessous de la clavicule, soulève le grand pectoral; le membre est allongé d'environ un demi-pouce, qu'on le mesure, soit de l'épitrochlée, soit de l'épicondyle, soit de l'olécrâne à l'un des angles de l'acromion, soit qu'on le rapproche autant que possible du tronc, soit que le coude reste écarté en dehors et en arrière. Le 6 février on procède à la réduction de la luxation : un aide élève et maintient le membre presque parallèlement au tronc : le chirurgien lui fait exécuter ensuite un mouvement de bascule, en même temps qu'il refoule la tête humérale vers la cavité glénoïde. La première tentative ne réussit pas. La deuxième, où l'aide à le pied fixé sur l'omoplate est suivie d'un plein succès. Le malade est assis sur une chaise, et l'aide est monté sur une table. Le 7, on maintient le bras rapproché du tronc au moyen d'un bande. Il ne survint aucun accident local ni général. Le 12, le malade sort de l'hôpital (1).

OBS. XVII. — *Luxation sous-pectorale. — Allongement de six à huit lignes du bras luxé. — Réduction par les tractions verticales. — Succès.* — *Marie Rodet*, âgée de cinquante-sept ans, marchande, entra le 10 février 1855 à l'hôpital de la Pitié. Cette femme avait fait une chute la veille, ayant une hotte chargée sur le dos, son bras droit

(1) Observation recueillie par M. *Lacombe*.

se luxa. Le matin 11 février on constate tous les caractères d'une luxation en bas ou sous pectorale. Il y a douleur, gonflement, ecchymose, dépression sous la clavicule entre les muscles grand pectoral et deltoïde à plus d'un pouce du bec coracoïdien. Le bras est allongé de six à huit lignes; le coude est porté en dehors. Cette luxation a été réduite en faisant tirer le bras du côté de la tête du malade, mais suivant une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors, la femme étant au lit, la tête de l'os rentre facilement, sans bruit, ni secousse; étant rapprochée du bord de la cavité glénoïde elle rentra en entier, mais successivement, insensiblement, au fur et à mesure qu'on abaissait le bras. Le bras est tenu en écharpe. On applique des compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphré sur l'épaule. La malade sort le 17 février (1).

L'observation sixième est encore un exemple de succès des tractions verticales dans la luxation sous-pectorale.

Les tractions verticales sur le bras qui dans la luxation sous-pectorale ramènent sans efforts la tête de l'humérus sous le bord du muscle sous-scapulaire vers le bord antérieur de l'omoplate, et qui permettent dès lors de faire rentrer cette tête dans la capsule articulaire, et dans la cavité glénoïde n'offrent plus les mêmes avantages, quand il s'agit des autres espèces de luxations. Ce mouvement de bascule, cette espèce de détour qu'on fait exécuter à la tête déplacée, favorisant le plissement ou le roulement de quelques faisceaux du muscle sous scapulaire et de sa capsule, entre le bord de la cavité articulaire et le col anatomique de l'humérus, dans les luxations sous-claviculaire, ne peut que nuire en pareil cas au but du chirurgien. Les tractions un peu obliques d'abord, horizontales ensuite, font au contraire que la tête de l'os, retrouve facilement le passage

(1) Observation recueillie par M. Fournet.

de la capsule, ou la boutonnière du muscle, et que celui-ci tend plutôt à remettre les surfaces articulaires en contact qu'à les écarter pendant l'extension, si la luxation est sous-scapulaire ou sous-claviculaire. En me conformant depuis à ces principes j'ai pu, l'espèce de luxation étant reconnue, dire avant de commencer, quel genre de tractions réussirait le mieux. Dans les observations quatrième et onzième où il s'agit de luxation scapulaire, vous avez vu que les tractions verticales ont échoué; tandis que dans les observations septième, huitième, neuvième, douzième, ou il s'agit également de luxations sous-scapulaires, les tractions horizontales ont été suivies d'un prompt succès. Vous voyez également par les observations treizième et quatorzième que les tractions verticales échouent dans les luxations sous-claviculaires tandis qu'elles se réduisent facilement à l'aide de tractions horizontales.

Il est juste de le dire, cependant, Messieurs, que même dans les luxations sous-pectorales les tractions horizontales réussissent presque aussi bien que les tractions verticales, et qu'en définitive cette dernière méthode, digne d'ailleurs d'être conservée dans la pratique, n'y restera cependant, selon toute apparence, qu'à titre de méthode exceptionnelle.

Voici du reste comment j'ai pratiqué l'*extension verticale*. Je m'y suis pris de plusieurs manières. En 1834, la première fois, à l'hôpital de la Pitié, chez la femme *Rodel* (observation xviii), je fis coucher la malade sur le dos, très près du bord de son lit; après avoir relevé le membre étendu, je le confiai à un aide qui appuyait de son pied sur le bord supérieur de l'épaule, de manière à faire ainsi la contre-extension, pendant qu'il tirait de ses deux mains sur le poignet, et que je favorisais la rentrée de l'humérus dans la cavité glénoïde, la réduction s'opéra sans difficulté. Une autre fois, au commencement de 1835, je fis asseoir le malade sur une chaise, à l'amphithéâtre, près de la table

à opérations. *M. Maisonneuve*, alors mon interne, monta sur la table, puis il opéra la contr'extension en fixant un de ses pieds sur l'épaule luxée, en même temps qu'il tirait sur le membre dans l'axe du corps, et que je dirigeais la réduction. Dans quelques cas, il suffit de monter sur un tabouret et de tirer en élevant le bras, pendant que quelque autre aide fixe l'épaule avec le genou, la main ou une serviette et que le chirurgien repousse la tête osseuse de l'humérus de bas en haut avec ses mains. Il est bon encore que l'angle inférieur de l'omoplate soit fixé d'une manière quelconque contre la poitrine.

Avant de terminer ce qui est relatif aux luxations scapulo-humérales, je dois vous dire quelques mots sur certaines particularités propres à ces sortes de luxations : 1° relativement à quelques unes de leurs causes ; 2° à leurs récidives ; 3° à la facilité avec laquelle on réduit quelques unes d'entre elles.

Causes directes. On a nié longtemps, et beaucoup de personnes nient encore la possibilité des luxations de l'humérus par cause directe. *M. Richerand* en a donné un cas (1). Je puis maintenant en joindre un second, celui du malade de *M. Bérard* aîné et dont j'ai parlé plus haut. Chez cet homme la luxation s'est opérée pendant qu'il avait le bras sur le côté du thorax, et sous l'influence d'une pression directe sur l'épaule. La vaste contusion, l'infiltration sanguine énorme au dessous de l'acromion, et l'absence de toute lésion sur le coude ou la main, eussent d'ailleurs suffi pour le prouver, quand même les renseignements fournis par le blessé n'auraient pas été aussi concluants sous ce rapport (2).

(1) *Société médicale d'émulation*, t. V, p. 457.

(2) Dans sa *Relation chirurgicale du siège de la citadelle d'Anvers*, p. 24, *M. Paillard* rapporte l'observation d'un soldat qui reçut un coup de boulet mort à la partie externe et supérieure du bras ; il n'y avait rien d'apparent à la peau, mais une luxation de l'humérus s'était faite.

La luxation par cette cause mérite d'être notée, parce qu'étant en général accompagnée de gonflement et de douleur, en même temps que d'une espèce de craquement ou de crépitation, elle en imposerait avec d'autant plus de facilité pour une fracture, que les coups sur l'épaule produisent aisément une fracture du col de l'humérus, tandis qu'on les croit incapables de faire naître une luxation.

Les luxations de l'articulation scapulo-humérale, loin de présenter toujours de grandes difficultés pour leur réduction se réduisent quelquefois avec une facilité surprenante. Ces cas-là sont même beaucoup moins rares qu'on ne pense. J'ai réussi une fois, contre mon attente, sur un jeune homme employé au manège du Luxembourg, en tirant seul sur le bras pour relever le malade. Une autre fois, il m'a suffi de faire basculer l'humérus comme un levier du premier genre, pendant que je soutenais du genou le côté de la poitrine. Ce sont des faits semblables qui ont fait dire à quelques chirurgiens qu'il n'est besoin que d'un seul homme pour réduire les luxations de l'épaule. Il me semble que ces cas appartiennent à la luxation sous-scapulaire et notamment à la classe de celles que *M. Malgaigne* nomme *luxations incomplètes*. Ces réductions si faciles se rencontrent chez les sujets qui ont eu le bras luxé plusieurs fois, chez ceux chez lesquels la récidive a lieu fréquemment.

En 1836, il se présenta un homme d'une constitution athlétique, qui en était à sa vingt-huitième luxation, quatorze de chaque côté, et sur lequel la moindre traction suffisait pour rétablir les choses en place. J'avais cependant vu, quelque mois auparavant, une femme âgée de soixante ans, qui n'en était qu'à sa septième luxation, laquelle ne céda qu'à des tractions horizontales assez fortes. Il s'agissait sur ces deux individus de luxations sous-scapulaires.

Obs. XVIII. — *Luxation sous-scapulaire.* — Réduction très facile. — André Dupuis, âgé de cinquante-six ans, se présenta à la Charité, le 28 octobre 1855, ayant eu l'épaule droite luxée à la suite d'une chute. En constatant cette luxation, l'élève interne de garde en opéra la réduction, sans avoir d'autre intention que d'examiner en quel état se trouvait le membre, et cela avec une facilité qui lui fit soupçonner que déjà l'articulation pouvait avoir été déplacée : le malade affirma cependant n'avoir jamais eu de luxation de ce côté. A la visite du matin on le trouva avec le membre en écharpe, et sa luxation réduite; comme cet état n'exigeait que quelques jours de repos, le malade sortit pour achever sa guérison chez lui.

Obs. XIX. — *Luxation sous-scapulaire gauche.* — Réduction spontanée. — Le 29 juin 1857, une femme de cinquante-cinq ans, lymphatique et grasse, mais bien portante, se présenta à la consultation de la Charité pour une chute qu'elle venait de faire sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient : coude écarté de la poitrine et en avant, acromion saillant, moignon de l'épaule déprimé, tête de l'humérus dans l'aisselle, mouvements du bras impossibles, etc., etc. J'engageai cette femme à rester à l'hôpital, voulant remettre au lendemain la réduction de sa luxation. La journée et la nuit se passèrent dans le même état; mais le matin, une heure avant ma visite, la malade, en faisant un mouvement brusque, sentit une secousse, entendit un craquement dans son épaule, et fut très étonnée de pouvoir remuer le bras avec liberté. La luxation était en effet réduite, et tous les signes que j'avais constatés la veille étaient disparus.

ARTICLE IV.

CATARACTE (1).

La cataracte est une des maladies qui a le plus occupé les praticiens, et qui est connue dès la plus haute antiquité. La définition qu'on en donne ordinairement est celle-ci : *opacité du cristallin ou de sa capsule.* Cette définition est suivant moi incomplète, car elle est au-dessous de l'état actuel de la science. En effet, un grumeau de pus, une fausse membrane, un épanchement de sang derrière l'ouverture pupillaire, constituent une cataracte, c'est à dire qu'il y a obstacle, obstruction au passage de la lumière dans l'intérieur du globe de l'œil. La définition qui conviendrait donc le mieux serait celle-ci. *Opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil, que traversent habituellement les rayons lumineux pour arriver sur la rétine.*

Quoi qu'il en soit, on ne donne pas généralement cette extension à la définition, et c'est à l'opacité d'une ou de plusieurs des parties de l'appareil cristallinien qu'on réserve généralement le nom de cataracte. Ceci bien établi, je dirai que c'est une maladie qu'on observe à tous les âges, chez tous les sexes, mais qui se remarque plus souvent à un âge qu'à un autre, et principalement dans la vieillesse.

Cette maladie reconnaît une foule de causes, et il faut le dire elles sont presque toutes inconnues dans leur nature et leur manière d'agir. Sans doute, la cataracte atteint plus fréquemment les vieillards, mais pourquoi? Ne la voit-on pas aussi dans l'âge adulte et n'est elle pas fréquemment congéniale? On n'a pas remarqué que les différences de constitution fussent pour quelque chose dans sa

(1) Ces leçons sur la cataracte ont été commencées le 29 mai 1839 et finies le 26 juin, elles furent au nombre de douze.