

supérieure de l'humérus; le plexus brachial peut être comprimé par un cal vicieux de la clavicule, les sciatiques poplitées externe ou interne par un cal vicieux de l'extrémité inférieure du fémur.

En somme, dans les traumatismes osseux, les nerfs peuvent être lésés de deux façons: primitivement, au moment de l'accident, le nerf peut être contusionné ou comprimé par des fragments plus ou moins pointus, une esquille, une fissure dans laquelle il s'engage; il peut même s'interposer avec d'autres parties molles entre les deux fragments et causer une pseudarthrose; secondairement, le nerf peut être enclavé dans un cal plus ou moins complet; c'est alors de la compression pure et du type lent.

Le professeur Panas, dans un *Mémoire* lu à l'Académie de médecine (11 février 1877), a rapporté un cas de compression du nerf cubital par un os sésamoïde développé dans le ligament latéral interne. Il y eut paralysie consécutive du nerf. L'os sésamoïde fut extirpé, mais l'articulation suppura et l'opéré mourut. A l'autopsie le nerf était sclérosé.

Dans un autre cas, la compression était déterminée par une augmentation de volume de la trochlée avec effacement de la gouttière épitrochléo-olécrânienne à la suite d'une arthrite sèche.

4° La compression nerveuse peut encore résulter d'une tumeur. Tantôt celle-ci est extrinsèque au nerf qui est en contact avec elle; elle le tend, le comprime contre les plans voisins, cela d'autant mieux que ces derniers seront plus résistants. C'est là le cas des exostoses, des hyperostoses, des anévrysmes, d'autres néoplasmes encapsulés. Nous avons opéré il y a cinq ans une jeune femme qui, à la suite d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure de l'humérus, avait une hyperostose comprimant le nerf radial et donnant lieu à des douleurs très vives en même temps qu'à une parésie des extenseurs de la main et des doigts. Nous enlevâmes l'os hypertrophié, dégagâmes le nerf radial, tendu, aplati et gonflé: tout rentra dans l'ordre au bout de quelques mois.

Périer a communiqué, en 1890, à l'Académie de médecine, un fait de compression du plexus brachial par l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale hypertrophiée et développée en côte supplémentaire. Voici, en résumé, ce cas très intéressant: Un jeune homme souffrait depuis de longues années de vives douleurs dans le bras droit, avec atrophie très accentuée du bras, en même temps que la voix s'altérait de plus en plus. En l'examinant, on constata au-dessus de la clavicule, de chaque côté du cou élargi, une saillie beaucoup plus accusée à droite qu'à gauche. Ces saillies avaient déjà été constatées dès l'âge de douze ans: le malade avait trente ans. Ces saillies sont constituées par les apophyses transverses de la septième vertèbre cervicale; celle de droite est très développée; on sent à son niveau l'artère sous-clavière qui bat sous le doigt; le plexus brachial

est déplacé et comprimé. On réséqua l'apophyse transverse droite; au cours de l'opération la cavité pleurale fut ouverte, sans qu'il en résultât de complication grave; l'opéré récupéra presque complètement les fonctions du membre supérieur; les douleurs disparurent et la voix reprit son timbre normal.

Les nerfs peuvent être envahis par des tumeurs malignes, qui se développent à leur niveau. Après avoir observé des phénomènes de compression, on se trouve ensuite en présence de symptômes qui indiquent la destruction du nerf. Nous voyons en ce moment une de nos opérées de tumeur maligne du sein, chez laquelle une récidive ganglionnaire profonde, au niveau de la clavicule, est survenue depuis un an. Elle a eu, au début, des douleurs vives le long du trajet des nerfs radial, cubital et médian. Actuellement se montrent des signes non douteux de névrite des principaux nerfs du bras, avec phénomènes paralytiques du côté de la main.

Enfin les nerfs peuvent être eux-mêmes le siège de néoplasmes multiples ou uniques englobés encore aujourd'hui sous le nom de névromes, et qui donnent lieu à la compression des filets nerveux. Nous n'y insisterons pas actuellement, devant y revenir plus tard.

Symptomatologie. — Un certain nombre d'expérimentateurs ont étudié sur eux les phénomènes de la compression nerveuse; mais il faut bien le dire: si ces expériences sont intéressantes au point de vue physiologique, au point de vue clinique elles sont loin d'avoir la même importance; en clinique, c'est un accident dont la violence, pas plus que la durée d'application ne sont calculées, qui produit la compression, et, disons-le aussitôt, assez souvent se surajoute à elle le tableau de la névrite.

Quoi qu'il en soit, Bastien et Vulpian (1855), Waller (1864), Weir Mitchell (1874), enfin Charles Richet (1), sont à peu près tombés d'accord pour nous décrire des symptômes qu'ils ont, pour la plupart du temps, observés sur eux-mêmes en comprimant le cubital, le radial, le sciatique. La compression installée, on observe pendant une première période, dite stade d'augment, des fourmillements, des sensations de brûlure, des crampes qui durent de deux à dix minutes, puis, après une rémission de quelques secondes à dix à quinze minutes, de l'hyperesthésie, de l'anesthésie, enfin de la parésie des muscles. Les diverses sensibilités disparaissent une à une; c'est toujours la sensibilité thermique qui disparaît la première, tandis que la sensibilité à la douleur persiste plus longtemps.

« L'évanouissement successif et fragmenté de chaque espèce de sensibilité fait comprendre, dit Weir Mitchell, comment le sens du toucher peut être tout à fait aboli, tandis que la faculté d'apprécier la douleur peut persister et même être exagérée. C'est ce qui arrive

(1) CH. RICHTER, Recherches expérimentales sur la sensibilité, thèse de Paris, 1877.

pour les tissus profonds. Les muscles ressentent une fatigue et une lassitude profondes. Ils sont le siège de douleurs vagues ou paroxystiques et les mouvements deviennent de plus en plus difficiles. Finalement il y a paralysie totale et anesthésie. »

Quand la compression est suspendue, on observe la seconde période des phénomènes, dite stade de déclin.

La paralysie musculaire et l'anesthésie totale durent tout au plus deux minutes, puis on sent la fonction se rétablir; la sensibilité tactile, les douleurs réparaissent, mais encore anormales; il semble que l'on a une peau de bois, rude, souvent il subsiste un peu d'hyperesthésie, de sensation de brûlure, de chaleur; la sensibilité à la température demeure imparfaite. Puis retour complet de la motilité et de la sensibilité avec persistance encore de l'insensibilité à la chaleur ou au froid. Enfin, soudainement, il se fait comme une détente, on éprouve une sensation de froid qui semble se propager de la périphérie au centre et à laquelle succède une sensation de lourdeur, de poids énorme du membre. Les mouvements volontaires sont encore difficiles et maladroits; on sent comme une vibration, un frémissement de toutes les parties; cela dure peu, la motilité se régularise, les illusions sensorielles disparaissent et la sensibilité à la température revient. Tout rentre dans l'ordre complet.

Quelquefois il se produit, avant la fin, un état de malaise général qui peut même aboutir à la syncope. Qui de nous n'a pas eu un état d'angoisse inexprimable en se réveillant brusquement la nuit, avec un avant-bras complètement paralysé et insensible, puis avec le cortège de toute la deuxième période que nous venons d'indiquer?

La compression a porté accidentellement, par une fausse position, sur les nerfs du bras et a donné lieu aux symptômes pénibles, qui heureusement disparaissent assez rapidement du centre à la périphérie, de la profondeur à la surface, en sens inverse de leur apparition.

Dans un cas Waller, ayant comprimé sur lui-même le nerf radial gauche pendant quarante-cinq minutes, attendit pendant onze jours le rétablissement complet de la fonction.

Weir Mitchell a vu qu'il fallait attendre plusieurs jours avant que la sensibilité eût repris ses conditions primitives.

Au point de vue pathologique, c'est la paralysie radiale par compression qui nous fournira le type du syndrome habituel.

C'est la paralysie musculaire qui domine la scène; l'anesthésie existe par plaques ou est presque nulle; généralement ce sont les extenseurs des doigts et de la main qui sont paralysés, ainsi que les muscles supinateurs, tandis que le triceps brachial est indemne. Il ne se produit pas d'atrophie, sauf du long supinateur. L'excitabilité faradique du nerf radial au-dessous de la gouttière de torsion est normale; au-dessus elle est nulle, et il est impossible de faire contracter aucun muscle, comme si l'influx nerveux ne passait plus par le segment qui a été

comprimé. Il existe dans le long supinateur, seul atrophié, des troubles de l'excitabilité faradique et galvanique avec tendance à la réaction de dégénérescence dont nous parlerons plus tard. Un dernier point, signalé par Déjérine (1), c'est l'état de la sensibilité subjective. Quand on excite un nerf sur un point quelconque de son trajet, la sensation douloureuse ainsi produite est rapportée par le sujet à l'extrémité terminale du nerf. Dans la paralysie radiale, quand on excite le nerf au-dessus du point qui a été comprimé, la sensation douloureuse périphérique éprouvée par le malade est très faible et souvent nulle.

La paralysie musculaire peut durer des mois, mais disparaît presque toujours dans ces limites; bien avant ont disparu les troubles de la sensibilité, s'il y en a eu.

La compression lente se manifeste par des troubles de la sensibilité, de la motilité, des troubles trophiques. Presque toujours elle se complique, au bout d'un certain temps de dégénérescence du tronc nerveux, d'altérations qui se rapprochent considérablement, sinon tout à fait, de ceux de la névrite; rien d'étonnant à ce qu'on observe alors les signes de cette dernière se surajoutant ou continuant, pour ainsi dire, ceux de la compression. Les troubles de la sensibilité consistent, tantôt et au début surtout, dans des phénomènes d'excitation des tubes nerveux sensitifs, dans des pseudo-névrologies avec hyperesthésie cutanée suivant le trajet déterminé du cordon nerveux ou des rameaux qui en partent, dans des fourmillements, des picotements des élancements, une exacerbation temporaire; à mesure que la compression augmente, survient de l'anesthésie, mais celle-ci n'est presque jamais totale; c'est surtout en plaques qu'elle se manifeste. Aux membres, où la sensibilité récurrente et la suppléance interviennent très efficacement, en même temps que les plaques d'anesthésie on peut observer des zones d'hyperesthésie.

Les différentes sensibilités sont abolies plus ou moins; généralement la sensibilité thermique est la première à disparaître et la dernière à réparaître lorsque la compression est levée.

Quand l'hyperesthésie est persistante et intense, elle indique généralement l'invasion de la névrite. Biernacki (2) rapporte, dans un *Mémoire*, six cas cliniques où il a étudié les différentes modalités de la sensibilité.

La compression déterminerait d'abord de la disparition de la sensibilité à la douleur et à la température, de la diminution de la sensibilité à la pression; par contre, la sensibilité tactile pure est conservée ainsi que le sens musculaire.

Dans la syringomyélie, la sensibilité tactile est complètement abolie, et ce serait là, dans certains cas, la seule différence d'avec le syndrome de la compression.

(1) DÉJÉRINE, *Soc. de biol.*, 17 avril 1886.

(2) BIERNACKI, *Gaz. Lekarska*, nos 45 et 46, 1892.

De plus, c'est, d'après Biernacki, le retour assez rapide et complet des fonctions nerveuses qui permet d'affirmer qu'il s'agit de compression et non de lésions névritiques.

Les troubles moteurs vont depuis la simple parésie jusqu'à la paralysie totale de tous les muscles innervés par le nerf moteur ou mixte comprimé; elle a une marche progressive. Souvent aussi les paralysies sont disséminées, n'ont aucun type défini; tout cela dépend des points nerveux plus ou moins comprimés.

Les troubles trophiques sont ceux qu'on observe dans les cas de névrite et que nous étudierons plus amplement dans la suite; il s'agit le plus souvent de sécheresse anormale de la peau, de l'atrophie ou au contraire de l'hypertrophie des poils; d'autres fois de sudations locales intenses; puis on observe des éruptions diverses, des ulcérations trophiques, des altérations des os et des articulations consistant dans des atrophies osseuses avec ostéoporose, des arthropathies.

Quand les troubles trophiques existent, il est impossible de ne pas admettre qu'il y a une dégénérescence plus ou moins complète et profonde du nerf, une névrite dégénérative aboutissant à la sclérose du cordon nerveux.

Lorsque les choses en sont arrivées là, l'évolution peut devenir grave par suite de lésions ascendantes atteignant la moelle épinière; de l'explosion d'une myélite transverse se manifestant par une paralysie ayant gagné le côté opposé. Elle peut aboutir à la mort.

Que la compression ait été rapide ou lente, les phénomènes disparaissent, en général, d'autant plus facilement qu'elle aura été moins prolongée; ce sont d'abord les douleurs, les fourmillements, l'hyperesthésie qui cessent; s'il y a de l'anesthésie, elle disparaît peu à peu; quant à la motilité, elle revient en dernier lieu, et souvent la paralysie motrice dure des mois et plus; elle est d'autant plus sérieuse que l'on a laissé les membres s'atrophier davantage.

Anatomie pathologique. — Pour la compression rapide, l'expérimentation a donné peu de résultats; du moment que la compression cesse rapidement, l'on ne trouve sur le nerf aucune trace de désorganisation, mais purement des troubles congestifs curables; quand la compression a duré un certain temps, il en résulte des troubles plus graves, qui aboutissent à une véritable dégénérescence de la partie du nerf située au-dessous du point où le traumatisme s'est exercé.

L'anatomie pathologique de la compression lente a surtout été faite pendant les opérations de désenclavement des nerfs comprimés par des cals vicieux, des cicatrices, des tumeurs. Macroscopiquement, le nerf comprimé est quelquefois aminci, comme étrié, pour reprendre en deçà et au delà son volume normal, ou même un volume plus considérable, présentant un renflement au-dessus et au-dessous; dans d'autres cas, le nerf est aplati, comme rubané, tendu comme sur un chevalet, ayant l'aspect d'un cordon fibreux

nacré; quelquefois le nerf, comme dans le fait que j'ai pu observer, est aplati, mais rouge, comme fortement congestionné; très souvent l'on constate microscopiquement les indices d'une dégénérescence plus ou moins complète au dessus et au-dessous du point comprimé, ou bien encore les lésions d'une névrite plus ou moins accentuée.

Diagnostic. — Le diagnostic de la compression nerveuse est souvent très difficile, nous dirons même impossible. Dans les cas de compression brusque rapide, la lésion confine tellement à la contusion qu'il est presque impossible de les différencier; la compression lente prolongée est souvent accompagnée de névrite, qui défigure ou masque les symptômes.

Quoi qu'il en soit, il y a des cas types où le diagnostic est facile; tel celui d'une fracture de l'humérus accompagnée au moment même de l'accident d'une paralysie des extenseurs des doigts et de la main, avec douleurs plus ou moins vives et fourmillements dans l'avant-bras et les doigts; tel encore celui d'une tumeur comprimant un tronc nerveux déterminé. Nous venons de voir, dans notre service, une femme encore jeune qui présentait au niveau de la région postérieure de la cuisse une tumeur de la grosseur d'un poing semblant faire corps avec les muscles et donnant lieu depuis quelque temps à des douleurs excessivement violentes dans le territoire sciatique, sans troubles parétiques des muscles du pied et de la jambe.

Le diagnostic de la compression nerveuse étant posé, il s'agit d'en déterminer la cause, cela surtout au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. C'est là quelquefois un problème très délicat, surtout difficile, quand il s'agit de compressions lentes progressives. Le chirurgien s'inspirera des commémoratifs, explorera tout le trajet du ou des nerfs en question; il trouvera souvent la cause de la compression dans un cal vicieux, une cicatrice, une tumeur intrinsèque ou extrinsèque, etc., etc.

Lorsque la compression date déjà de longtemps, il est difficile de faire la part de la compression simple et de la névrite dégénérative qui a pu s'y ajouter.

Pronostic. — Le pronostic de la compression nerveuse dépend surtout et de l'intensité et de la durée de la compression; ce sont les facteurs essentiels des lésions plus ou moins profondes dont le cordon nerveux peut être atteint.

En général, le pronostic des compressions rapides est beaucoup moins grave que celui des compressions lentes, chroniques. Il y a plus de chances, une fois l'agent comprimant enlevé, de voir disparaître complètement et plus vite les troubles de la sensibilité et de la motilité; toutefois il faudra toujours compter sur un temps très long avant que les troubles moteurs ne soient tout à fait évanouis. En général, plus les muscles seront atrophiés, plus le pronostic sera mauvais au point de vue de la restitution des fonctions motrices:

nous étudierons, en parlant des plaies des nerfs, les indications que l'on devra tirer de l'étude de l'électrophysiologie musculaire, et en particulier du phénomène de la réaction de dégénérescence.

Traitement. — Avant tout, le traitement sera pathogénique et s'attaquera à la cause comprimante elle-même, si celle-ci est persistante.

Dans les cas où la compression a cessé et où il n'en persiste plus que les effets sur le ou les nerfs qui en ont été l'objet, comme dans les cas de compression aiguë, rapide, dont le type est la compression du radial, on instituera une thérapeutique destinée avant tout à empêcher l'atrophie musculaire, à la combattre quand elle existe déjà.

Les moyens à employer consisteront surtout dans des massages faits méthodiquement, dans des frictions, dans l'application des courants continus et faradiques, dans des exercices de gymnastique ménagés de façon à faire agir les muscles atrophiés, une fois que la paralysie commencera à disparaître. C'est surtout contre les compressions permanentes par cal, cicatrice ou tumeur, que la chirurgie a une action bienfaisante. Quand on aura posé un diagnostic et que l'on sera convaincu que les phénomènes morbides sont sous la dépendance d'une compression nerveuse chronique, il n'y aura pas à hésiter, il faudra, quel que soit l'état des parties innervées par le nerf en question, s'attaquer à la cause, avec des chances de succès d'autant plus grandes qu'il y aura moins de temps écoulé depuis le début de l'affection et que les dégâts effectués seront moins considérables.

L'on n'en est plus à citer les résultats heureux qui ont succédé au désenclavement des nerfs comprimés par des cals, des cicatrices, des tumeurs.

Il s'agira, la plupart du temps, d'opérations difficiles, laborieuses, quelquefois très compliquées. Après avoir sculpté pour ainsi dire le nerf dans l'os ou le tissu fibreux qui l'enserme, on le trouvera tantôt volumineux et résistant, quelquefois rubané, aminci tellement qu'il est impossible de le suivre et qu'il y aura une véritable solution de continuité à laquelle la suture seule après avivement, si le rapprochement des bouts est possible, arrivera à remédier.

Il ne faudra pas s'attendre à une restauration immédiate des fonctions; si déjà la sensibilité n'avait pas reparu, c'est elle qui reviendra la première; quant aux mouvements, c'est par semaines et par mois, sinon plus, qu'il faut compter, pour en observer la restitution. L'hydrothérapie, les frictions, le massage, l'électrothérapie seront combinés pour ramener les mouvements et leur force. Une grande dose de patience de la part de l'opéré est souvent nécessaire pour arriver à une solution heureuse, qui peut se faire attendre des mois et même des années.

Nous citerons à ce propos l'observation si intéressante rapportée par Mondan.

Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, qui s'était fracturé l'humérus quatre mois auparavant. Douleurs vives au niveau de la fracture les premiers jours. Cal solide, inégal, atrophie du membre. Paralysie motrice complète du radial; diminution de la sensibilité. Sensibilité douteuse du nerf au-dessous du cal; absence complète à son niveau, douleurs vives à la pression au-dessus.

Le 10 septembre 1863, opération qui consiste à chercher le radial ou une de ses branches; quand on en a rencontré une, on la suit jusqu'au cal dont on fait sauter une partie qui est lisse à sa face profonde. On sculpte alors dans l'os une large gouttière. « Je vis alors, dit M. Ollier, que le nerf, renflé comme un ganglion dans la moitié supérieure de la gouttière que j'avais creusée, était étranglé par une pointe osseuse obliquement située et paraissant provenir du fragment inférieur. Le nerf était serré comme par une ligature; il avait 3 millimètres d'épaisseur, tandis que la partie renflée et située au-dessus avait un centimètre. Je fis sauter la pointe osseuse, reste du pont osseux qui étranglait le nerf et je passai un stylet derrière lui pour l'isoler complètement. »

Il y eut des fourmillements dès le sixième jour. Le seizième jour la main se relevait un peu. Un an après, plus d'atrophie. Seulement, dans l'extension forcée, un peu de faiblesse dans le petit doigt et l'annulaire.

Si l'agent comprimant n'est pas enlevable, deux cas peuvent se présenter : ou bien il y a des phénomènes de dégénérescence pure du nerf sans névrite, ou bien il y a des signes de névrite manifeste, se traduisant par des douleurs quelquefois atroces, des troubles trophiques, etc., tout le cortège des névrites, que nous étudierons plus loin. Dans le premier cas, il n'y aura qu'à faire le traitement de la paralysie installée par la prothèse ou d'autres moyens; dans le second, il faudra recourir à des opérations palliatives sinon curatrices, telles que l'élongation, la névrotomie, voire même la névrectomie.

Pour les individus que nous munissons de béquilles, on se préoccupera de bien les choisir à leur taille, de rembourrer leurs crosses, surtout quand l'aisselle est peu étoffée, et de surveiller de près les premiers essais de marche, demandant au patient s'il n'éprouve ni engourdissement ni fourmillement dans les doigts et la main.

2° LUXATION DES NERFS.

C'est une lésion assez rare, à laquelle peu d'auteurs accordent même une place dans leurs descriptions. Nous ne la trouvons guère décrite que dans le *Traité de chirurgie* de Billroth et Lücke, par Kölliker. On entend par luxation d'un nerf, le déplacement permanent ou inter-

mittent d'un cordon nerveux hors d'une gouttière ou d'une loge où il est habituellement situé; dans quelques cas, la luxation se produit sous l'influence de certains mouvements, se réduit pour se reproduire; il s'agit alors d'une luxation dite habituelle ou congénitale.

Il n'y a guère qu'un seul nerf sur lequel on ait observé le déplacement susdit : c'est le nerf cubital.

Voici, pour en donner une bonne idée, l'observation rapportée par Annequin (1). Un soldat fait au gymnase une chute dans laquelle la partie antéro-interne du coude et de l'avant-bras gauche a touché le sol la première. Douleur immédiate dans les deux derniers doigts, suivie de fourmillements et d'anesthésie presque complète. Le dixième jour, on constate une paralysie incomplète de la motilité et de la sensibilité, limitée au domaine du nerf cubital. Sur le côté interne du coude était un cordon sous-cutané dur, peu tendu, dont la pression déterminait des douleurs dans les deux derniers doigts. On ramène ce cordon qui était le nerf cubital dans sa gouttière et on immobilise le bras. Au bout de vingt jours, la sensibilité et la motilité de la main étaient presque normales; mais, à la première tentative de flexion, le nerf se luxa de nouveau. On intervint alors en fermant la gouttière olécrano-épitrochléenne par un plan fibreux formé aux dépens des tissus des deux parois de cette gouttière. Au bout d'un mois la guérison paraissait définitive.

Annequin ne connaît qu'un cas analogue, c'est celui que Poncet a communiqué à l'Académie de médecine (2).

Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans qui, à l'âge de dix ans, fit une chute de cheval et tomba sur le coude droit. Il fut soumis aux manœuvres d'un rebouteur, puis l'articulation fut immobilisée pendant quinze jours. Pendant près de cinq ans, l'enfant ne souffrit pas de son articulation et put se servir du membre supérieur droit comme par le passé. Il y a deux mois, à la suite d'un exercice violent, l'enfant, qui avait lancé dans la journée un grand nombre de boules de neige, éprouva des douleurs et des fourmillements dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite; en même temps il avait une gêne fonctionnelle notable, et depuis il n'a pu reprendre ses occupations d'écolier : lorsqu'il appuie en effet l'avant-bras sur la table pour écrire il ressent des douleurs, des picotements dans les deux derniers doigts de la main. Quand Poncet examina l'enfant, il constata un certain degré de déformation de l'articulation du coude. L'extrémité inférieure de l'humérus était hyperostotée dans la partie externe; l'épicondyle, difficilement reconnaissable, faisait corps avec la masse osseuse.

(1) ANNEQUIN, *Arch. de méd. milit.*, juin 1890, p. 432 et *Revue des sc. méd.*, t. XXXVI, 1890, p. 629.

(2) PONCET, *Communic. à l'Acad. de méd.*, résumée dans la *Sem. méd.*, mars 1888, p. 93.

L'épitrochlée, que l'on trouvait aisément, était cependant un peu moins saillante que du côté sain. Rien du côté de la moitié interne de l'humérus. L'olécrâne, le cubitus ne présentent aucune déformation. Quant à la tête du radius, plus saillante qu'à l'état normal, elle paraît subluxée en dehors. Si l'on tient compte de l'augmentation de un centimètre du diamètre transverse de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, on doit admettre une ancienne fracture passant probablement par le condyle huméral avec entorse et arthrite traumatique consécutive.

L'on constata en même temps sous la peau, à 15 à 20 millimètres de la pointe de l'épitrochlée, la présence du nerf cubital qu'on déplaçait sous le doigt et alors l'enfant accusait la sensation caractéristique. Le 16 février, Poncet pratiqua directement sur le nerf déplacé, au niveau de l'articulation, une incision de 5 centimètres. Le nerf reconnu, il se porta vers l'épitrochlée et constata son absence. Il incisa alors, avec un bistouri à courte lame, les tissus fibropériostiques rétroépitrochléens, avec le détache-tendon détacha du squelette chaque lèvres de l'incision profonde, creusant ainsi une gouttière ostéofibreuse pour recevoir le nerf déplacé. Le cubital fut alors ramené derrière l'épitrochlée et maintenu en place par trois points de catgut; par-dessus l'on réunit les lèvres de la plaie fibropériostique. Réunion des bords de la peau par quatre points de suture; immobilisation. Il y eut réunion par première intention. Le nerf ne se déplace plus, quels que soient les mouvements du membre supérieur droit.

Déjà, en 1851, un cas est publié par Blattmann (de Zurich) (1).

Un jeune homme, sautant sur des barres parallèles, ressent une douleur très vive jusque dans les deux derniers doigts avec un craquement; la douleur persiste longtemps et augmente par les mouvements. On sent au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, et plus superficiellement que le nerf cubital, un cordon fusiforme dont la pression était douloureuse avec irradiations et fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire; lorsque le blessé fléchissait l'avant-bras, le cordon passait au-devant de l'épitrochlée et puis l'on pouvait, pendant l'extension, le réduire et le maintenir dans sa position normale. On recommanda comme traitement le repos absolu, le bras restant dans l'extension; les douleurs ont continué et la flexion ne peut dépasser l'angle droit. Il existait là une névrite évidente.

En 1880, Zukerkandl (2) avait observé un cas de luxation habituelle du nerf cubital qui sort de sa gouttière par la flexion de l'avant-bras et y rentre au moment de l'extension. La lésion était accompagnée d'une fatigue très grande dans les divers mouvements du membre

(1) BLATTMANN (de Zurich), *Deutsche Klin.* Berlin, 1851.

(2) ZUKERKANDL, *Wiener med. Jahrbüch*, 1880, p. 135.