

trop déformée pour pouvoir être remise en place. Après cette résection, je vous ai déjà dit que, chez l'enfant, le cubitus valgus pouvait devenir notable; mais, dans la position où maintenant est la tête, complètement luxée en dehors, avec le large vide qu'elle a laissé entre le fragment supérieur et le condyle huméral, vous concevez qu'en tout cas l'accroissement en longueur par l'épiphyse supérieure soit définitivement annulé et que le cubitus valgus ne puisse

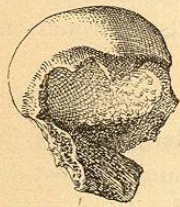


FIG. 66. — Pièce obtenue par résection et montrant qu'il y a en partie décollement épiphysaire.

être évité. Si donc je suis forcé de réséquer, le sujet n'y aura sûrement rien perdu à cet égard, et d'après l'histoire des autres malades que j'ai traités, je crois être certain qu'il y gagnera pour la pronation et la supination.

P.-S. — L'opération a été pratiquée le 14 juin.

La tête radiale, placée de champ en dehors, était fixée à l'extrémité supérieure de la diaphyse par une petite colonne osseuse, coudée à angle droit. Sitôt qu'elle a été réséquée, la supination a pu être complète. Le ligament annulaire était rompu. L'examen de la pièce a prouvé qu'il s'agissait ici non pas d'une fracture pure, mais d'un trait constitué sur la moitié interne par un décollement épiphysaire, sur la moitié externe par une fracture.

DOUZIÈME LEÇON

ARTHROTOMIE

POUR LUXATIONS PRIMITIVEMENT IRRÉDUCTIBLES DU COUDE EN ARRIÈRE

- I. — Luxation en arrière et en dehors, primitivement irréductible. Arthrotomie par incision externe. Nécessité de fendre le ligament annulaire pour obtenir la réduction. Interposition probable de l'épitrôchlée arrachée.
- III. — Luxation en dehors avec interposition de l'épicondyle arraché entre la cupule radiale et le condyle. Luxation en arrière et en dehors avec interposition à la fois de l'épitrôchlée et de l'épicondyle.
- III. — Indications de l'arthrotomie.

Lorsqu'on étudie dans leur ensemble les luxations traumatiques récentes, on constate qu'il n'y a, à vrai dire, qu'une seule cause d'irréductibilité immédiate : l'interposition de quelque chose — ligament ou fragment osseux — entre les surfaces articulaires disjointes. Les cas sont assez fréquents, où, malgré des tentatives de réduction, le déplacement osseux persiste : mais la plupart de ces échecs sont dus à une connaissance insuffisante de l'anatomie pathologique, à l'ignorance des moyens par lesquels on triomphe, en s'en servant, de la résistance opposée par la partie respectée de la capsule, formant bande d'arrêt. L'histoire de la luxation de la hanche fourmille, jusqu'au mémoire de Bigelow, de ces malheurs qui sont, au total, de simples maladresses et non point des irréductibilités vraies. Il n'en est plus de même lorsque quelque chose

vient se loger entre les extrémités osseuses luxées : alors il devient impossible de tourner la difficulté grâce à des manœuvres indirectes plus ou moins heureuses et raisonnées : de toute nécessité il faut, par l'arthrotomie, aller droit sur l'obstacle et le supprimer. Quand on lit certaines observations d'arthrotomie pour luxation récente, on reste persuadé que l'auteur, mieux instruit en anatomie et physiologie pathologiques, aurait probablement pu réussir sans prendre le bistouri ; mais dans bon nombre, par contre, on acquiert la preuve que l'incision était indispensable, et c'est bien certainement le cas pour l'enfant que je viens d'opérer devant vous.

I

Il y a trois jours, le 22 juillet, on m'a adressé à l'hôpital Trousseau un garçon de onze ans, pour une luxation du coude qu'il s'était faite en tombant d'un cerisier le 17 juillet. A la campagne on avait échoué trois fois de suite, malgré l'emploi du chloroforme, dans les tentatives de réduction, et mon ami M. Okinczyk, de Luzarches, m'envoya l'enfant. En mon absence, les 23 et 24 juillet, mes internes essayèrent encore de réduire, et ne purent y parvenir, en sorte qu'aujourd'hui, constatant une luxation en arrière et fortement en dehors, j'ai pratiqué l'arthrotomie sans nouvelles manœuvres.

Pourquoi n'ai-je pas commencé par essayer encore une fois la réduction non sanglante ? Je vous l'ai dit en quelques mots avant d'opérer. Parce que, d'abord, les tissus me paraissaient avoir subi une quantité plus que suffisante d'attrition, si bien qu'il y avait du gonflement dur, de la rougeur diffuse, et qu'en particulier, au niveau de l'épitrôchlée, commençait à se former une eschare. Parce que, ensuite, je ne croyais pas, en principe, devoir être plus habile ou plus heureux que mes devanciers. Pour une luxation de l'épaule, de la hanche, du pouce, on peut espérer réussir là où un médecin, même instruit, a échoué, même si le sujet a déjà été anesthésié : un peu d'adresse permet parfois de tourner un obstacle qui, attaqué de front, avait opposé une résistance invin-

cible. Mais au coude, l'anatomie pathologique nous enseigne qu'il n'en saurait être ainsi. Comme je vous le disais tout à l'heure, cet obstacle qu'il faut savoir tourner est toujours dû à la partie restante de la capsule ; or, dans la luxation du coude, — les autopsies sont sur ce point d'accord avec l'expérimentation, — la déchirure ligamenteuse est toujours totale, ou à peu près ; il n'y a pas de partie restante de la capsule, il n'y a pas de bande d'arrêt. Aussi la réduction a-t-elle coutume d'être ici très facile, souvent même sans qu'il soit besoin de recourir au chloroforme, et, pour réussir là où un autre médecin a échoué, il faut vraiment que cet autre soit d'une ignorance peu commune, ce qui n'est le cas ni pour mon ami Okinczyk, ni pour mes internes. Aussi, soupçonnant une interposition analogue à celle que j'ai constatée l'an dernier et dont je vous parlerai tout à l'heure, j'ai tout de suite pratiqué l'arthrotomie, et vous avez vu que mes prévisions se sont réalisées.

En effet, après être entré dans l'articulation par une incision externe et avoir vérifié l'existence d'une luxation en arrière et en dehors, avec radius déjeté un peu en avant, j'accrochai de l'index gauche le bord interne de l'humérus et je pus faire basculer les os de l'avant-bras. Mais la réduction ainsi obtenue fut pénible et ne se maintint pas ; elle fut définitive, au contraire, après que j'eus fendu le ligament annulaire, situé entre le radius et le condyle. Il y avait là une interposition manifeste, et, de plus, je constatai que le ligament latéral interne pendait au bout du cubitus et se terminait par un nodule osseux, l'épitrôchlée arrachée. On conçoit que, pendant les manœuvres de réduction, le nodule ait pu tomber dans la grande cavité sigmoïde et empêcher la remise en place du cubitus. Je n'ai pas saisi, cette fois, ce mécanisme sur le fait, mais vous allez voir que je l'ai noté dans un cas pour le ligament latéral externe ; et s'il n'y avait rien eu d'anormal du côté du cubitus, il est presque certain qu'on aurait obtenu la réduction isolée de cet os. Mais le radius fût sûrement resté luxé, de par l'interposition du ligament annulaire. C'est un point que je ne signalerai aujourd'hui qu'accessoirement.

Chez le malade que je viens d'opérer devant vous, cette inter-

position du ligament annulaire était évidente; mais quel était l'obstacle à la réduction du cubitus? D'après l'état de l'épitrôchlée arrachée au bout du ligament latéral interne, j'ai émis une hypothèse dont vous allez pouvoir juger, par l'analyse de deux opérations que j'ai pratiquées déjà dans des circonstances analogues.

II

La première a deux ans et demi de date. Elle concerne un garçon de treize ans qui, le 16 décembre, fut blessé au bras droit par un arbre de transmission; et, le 18 décembre, sous un gros épanchement sanguin, je reconnus une luxation du coude en dehors, avec saillie considérable en dedans de l'humérus, sur lequel se moulaient la peau à moitié sphacélée. L'avant-bras était à peu près en extension et on pouvait lui imprimer, en dehors surtout, des mouvements de latéralité; la flexion était possible. Quand on essayait la réduction par traction et refoulement en dedans, la main se plaçait en supination; toutes les autres manœuvres furent de même infructueuses; on sentait la tête du radius en dehors et un peu en avant, et, quand l'avant-bras se mettait en supination, il semblait y avoir une amorce de cette bizarre luxation par renversement dans laquelle, au degré extrême, les os de l'avant-bras se placent face postérieure en avant et radius en dedans.

Le 21 décembre, après chloroformisation, je fis une incision sur ce qui était actuellement la ligne médiane postérieure, en dedans des points qui commençaient à se sphacéler. Après avoir traversé un hématome, j'entrai dans la jointure et je vis d'abord que l'épitrôchlée arrachée formait un petit fragment senti en bas, en avant et en dedans; l'olécrane, rugueux et dénudé, était bridé par un cordon fibreux, reste de la capsule, qui passait en dedans de lui et que je sectionnai. Je pus alors luxer dans la plaie l'extrémité humérale et y voir un arrachement de l'épicondyle. Tout à fait en dehors et en avant, je sentis la cupule radiale; en

dedans d'elle, et lui attachant par un ligament, était le fragment épicondylien. Faisant fléchir le coude, j'accrochai avec l'index le sommet de la coronoïde et j'obtins la réduction, l'incision postérieure devenant dès lors franchement interne.

Ici encore, vous le voyez, une saillie osseuse arrachée pendait au bout du ligament latéral correspondant, en dedans de la cupule radiale, et là sans doute était l'obstacle à cause duquel, dès qu'on voulait réduire par traction et refoulement direct, le radius glissait en avant, en forçant l'avant-bras à se mettre en supination. Mais vous objecterez peut-être que je n'ai pas vu, au cours de l'opération, cette interposition qui, dès lors, reste hypothétique. Je l'ai vue, avec toute la netteté désirable, chez un garçon de onze ans que j'ai opéré il y a un an, le 30 juin 1894.

Cette fois, l'accident n'était pas tout à fait récent quand l'enfant entra à l'hôpital, le 26 juin. Il datait de trois semaines, et avait consisté en une chute sur le coude à la suite de laquelle on s'était borné à appliquer une écharpe. A l'admission, les signes étaient nettement ceux d'une luxation en arrière et en dehors, avec saillie visible sous la peau de l'épitrôchlée et du bord interne de la trochlée. Rien de spécial dans les symptômes. L'enfant fut donc endormi, et après avoir fait des tractions et des mouvements communiqués pour rompre les adhérences, j'arrivai à obtenir l'extension et la flexion complètes. J'essayai alors de réduire par flexion latérale, puis, la main faisant levier dans le pli du coude, par pression directe; cela ne donna rien. Par extension, je crus avoir réussi; mais dès que je voulus fléchir l'avant-bras pour l'immobiliser à angle droit, un ressaut se produisit et le cubitus se déboîta. A plusieurs reprises cela se renouvela, et je conclus qu'il s'agissait d'une irréductibilité primitive, par interposition, exigeant l'arthrotomie.

J'opérai donc, le 30 juin, par incision interne, après avoir encore vérifié ce déboîtement brusque dès que je fléchissais l'avant-bras. Je découvris d'abord le ligament latéral interne, encore inséré au cubitus, et terminé, à son extrémité supérieure devenue libre, par le noyau osseux que formait l'épitrôchlée arrachée. Cela fait, et l'articulation étant béante, je fis exercer de l'extension et

obtins la réduction : dès que je voulus fléchir, j'assistai à une luxation brusque du cubitus en arrière et en dehors. Aussi, pour tout explorer, je fis sortir entièrement par la plaie l'extrémité inférieure de l'humérus : trochlée et condyle étaient sains, mais, de même que l'épitrachée, l'épicondyle était arraché, et le fragment, gros comme un haricot, était appendu au bout du ligament latéral externe, intact par en bas. Ce fragment retombait sur la cupule radiale dès que je retirais mon doigt, avec lequel je le refoulais très facilement. Je le pris dans la cuiller d'une curette, je le fis basculer et l'amenai au dehors ; immédiatement, et sans que j'aie eu besoin de le réséquer, la réduction se fit, et se maintint.

Dans mes trois observations, outre l'interposition vue une fois du ligament annulaire, vous constatez par conséquent une lésion assez typique : au bout d'un seul ou des deux ligaments latéraux, dont les insertions sont conservées, la saillie humérale correspondante est arrachée et forme un petit noyau osseux qui, au bout d'une cordelette fibreuse, tombe sur la surface correspondante du radius — où je l'ai directement vu — et probablement du cubitus.

Est-ce le seul mode d'interposition qui puisse, dans une luxation du coude, entraîner l'irréductibilité primitive ? Il semble bien que non. M. Picqué a rapporté, devant la Société de chirurgie, il y a quelques semaines, une observation où Civel, de Brest, paraît avoir eu affaire à une interposition du ligament antérieur et du muscle brachial antérieur ; mais la description anatomique manque un peu de clarté. L'an dernier, à la même Société, Nélaton résumait un cas où Walther incriminait l'interposition d'un petit cartilage, haut de 5 à 6 millimètres sur 8 de large, provenant de la pointe fracturée de la coronoïde. Il est vrai que Nélaton a hésité à croire qu'une si petite lamelle ait pu suffire à former obstacle, car elle s'est brisée dès qu'a eu lieu la réduction ; elle n'était donc pas bien résistante. Il se demande donc si la cause de l'irréductibilité n'était pas autre et n'a pas échappé au cours des manœuvres qui ont abouti à la réduction. Pour ma part, je crois qu'un fragment même très petit peut être un obstacle absolu ; et en tout cas, chez le malade de Walther il y avait interposition de quelque chose, car le cubitus pouvait être, par pression directe, refoulé sous la

trochlée, mais pour se déboîter de nouveau dès qu'on cessait d'appuyer.

III

Ces luxations, et en particulier les trois que j'ai observées, étaient de celles qu'on ne pouvait songer à abandonner à elles-mêmes, pour demander ultérieurement au massage un retour convenable des fonctions. On sait, sans doute, que chez l'enfant la luxation ancienne du coude en arrière peut permettre le retour de mouvements assez étendus dans une articulation assez solide. Mais, chez mes malades, il y avait, en outre, un fort déjettement en dehors, si bien même que deux fois il s'agissait presque de la vraie luxation en dehors, avec saillie trochléenne suffisante pour menacer, par compression, la vitalité de la peau. Cela est si vrai qu'après réduction le sphacèle cutané eut lieu une fois, et entraîna un peu d'infection à la chute de l'eschare ; de là un résultat final qui ne fut pas parfait.

Chez le dernier malade dont je vous ai parlé, les téguments, trois semaines après l'accident, étaient normaux ; ils le restèrent après l'opération. L'apyrexie, avant et après l'arthrotomie, fut complète, j'obtins la réunion *per primam* parfaite, et le 26 juillet le malade sortait de l'hôpital, exécutant déjà de petits mouvements qui augmentaient par le massage et la mobilisation. Je ne l'ai pas revu, mais je suis à peu près certain que le coude est vite redevenu normal.

Mais chez mon autre opéré, il y avait déjà de la fièvre avant mon intervention. Du 18 au 22 décembre, la température avait oscillé entre 38° et 39°5. Après l'arthrotomie, elle resta au même niveau jusqu'au 29 décembre ; à partir de ce moment, elle resta entre 36°5 et 37°5. Naturellement, j'avais largement drainé. Bien m'en prit, car il y eut un peu de suppuration ayant eu pour point de départ les eschares internes, et lorsque l'enfant quitta l'hôpital, le 16 mars 1893, il portait encore deux fistulettes, suppurant il est vrai très peu. A la fin de juillet, il persistait une fistule, par laquelle le stylet arrivait sur l'os dénudé, en sorte que je dus

éviter la trochlée et le cubitus, tous deux atteints d'ostéite raréfiante avec quelques parcelles nécrosées. Le 15 septembre, la cicatrisation était achevée, l'indolence était parfaite; la flexion atteignait l'angle droit, et l'extension n'était pas tout à fait complète.

Chez notre malade d'aujourd'hui il faut nous préparer à quelque chose d'analogue, et c'est pour cela que j'ai drainé avec soin. En effet, depuis trois jours que l'enfant est dans nos salles, la température oscille entre 38° et 39°, et dans la région épitrochléenne la peau présente déjà une eschare entourée de rougeur¹.

IV

La dernière question qui se pose est de déterminer quelle incision convient le mieux pour pratiquer l'arthrotomie. Certains chirurgiens, en effet, conseillent d'inciser en arrière, en désinsérant le triceps. Je crois que, dans l'espèce, c'est un mauvais procédé, et pour ma part j'ai toujours eu recours, comme aujourd'hui, à une incision latérale interne ou externe. Car si une fois je vous ai parlé d'incision postérieure, c'est qu'il s'agissait d'une luxation très fortement en dehors, et j'ai eu bien soin de vous dire que j'avais incisé sur ce qui était *actuellement* la ligne médiane postérieure, et le tracé devint, après réduction, franchement interne. Le procédé réellement postérieur, sur l'olécrane et le triceps, est mauvais parce qu'il va à l'encontre des règles générales auxquelles doit obéir le chirurgien qui traite par l'arthrotomie une luxation ancienne ou récente.

Que ce soit à l'épaule ou à la hanche, les chirurgiens qui opéraient pour luxation ont employé pendant longtemps l'incision de l'arthrotomie ou de la résection classiques : incision antérieure pour l'épaule, postérieure pour la hanche. Il y a quelques années,

1. Du 24 juillet au 4 août, la température est restée la même. Le 4 août, j'appliquai un pansement humide parce qu'il y avait de la suppuration autour de l'eschare; mais le foyer articulaire ne suppura pas. L'enfant a été perdu de vue trop tôt pour qu'on puisse juger du résultat fonctionnel définitif.

Ch. Nélaton a bien montré que c'était une erreur : c'est vers la cavité qu'il faut aller, pour la débayer s'il en est encore temps, et on s'arrange justement pour tomber tout droit sur la tête luxée, qui empêche d'y pénétrer à l'aise. Car à l'épaule presque toutes les luxations anciennes sont antéro-internes; car à la hanche presque toutes sont postérieures. En réalité, il faut adapter le procédé à la variété de luxation en face de laquelle on se trouve, et ouvrir la jointure du côté opposé à la tête luxée, c'est-à-dire aussi directement que possible sur la cavité déshabillée.

Ce principe général, tout à fait indépendant de la question des indications, me paraît aussi valable pour le coude, où, pour bien voir ce qui se passe dans la grande cavité sigmoïde et sous la trochlée, pour bien constater l'obstacle à la réduction et en venir à bout autrement qu'à l'aveuglette, il faut avoir une plaie que ne bouche pas l'olécrane, dans laquelle on puisse sans peine faire sortir toute l'extrémité inférieure de l'humérus. Dans l'observation de Civel, la description anatomique manque de précision, la manière exacte dont le ligament antérieur s'opposait à la réduction ne nous a pas été donnée; c'est que c'est bien difficile à voir par une incision rétro-olécranienne. Et cependant cette incision, bien vite reconnue insuffisante, avait dû être complétée par des incisions latérales, par la désinsertion partielle des ligaments latéraux. Si, au contraire, on fait l'arthrotomie latérale avec une incision de préférence portée vers la face antérieure du membre, on arrive tout droit vers l'extrémité inférieure de l'humérus, on voit la cavité sigmoïde, la cupule radiale, on y met le doigt et l'on a toute facilité pour lever l'obstacle vite et bien¹.

1. Ces observations ont servi depuis cet entretien à la thèse de BUTHAUD, *Recherches sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude primitivement irréductibles*. Th. de doct., Paris, 1896-97, n° 95.

TREIZIÈME LEÇON

LUXATION ANCIENNE DU RADIUS SEUL EN AVANT

- I. — Signes physiques. Aspect du membre, palpation. Refoulement possible de la tête luxée, mais elle se reluxe dès que le doigt cesse d'appuyer. Erreur probable de diagnostic avec une fracture. Possibilité de l'irréductibilité du radius seul dans une luxation des deux os.
- II. — Mécanisme de la luxation isolée du radius. Luxation en dehors; luxation en avant.
- III. — Fréquence de l'irréductibilité primitive par interposition du ligament annulaire. Indications de l'arthrotomie.

En vous présentant le malade qui va faire le sujet de notre entretien, je commencerai par regretter de n'être pas quelque cent cinquante ans plus âgé, car j'aurais passé à la postérité pour avoir démontré l'existence d'une lésion niée par l'autorité chirurgicale de l'époque : j'ai nommé l'Académie de chirurgie. Sur cet enfant, en effet, vous observez, sans contestation possible, une luxation isolée du radius en avant. Or, si ce déplacement a été admis par les chirurgiens de l'antiquité, peu à peu il était tombé dans l'oubli, et, en fin de compte l'Académie royale de chirurgie niait sa possibilité, si bien qu'un chirurgien d'Etampes, Butet, lui en ayant adressé une observation, elle jugea le cas assez important pour envoyer à ses frais Louis et Sabatier examiner le sujet avant de lire leur rapport. Le fait fut assez concluant pour convaincre la docte compagnie ; Desault cependant persista dans la négation.

Depuis cette séance mémorable, la lésion est démontrée ou plutôt retrouvée, mais elle est restée rare, et malgré cette rareté elle offre assez d'intérêt pratique pour mériter de vous être signalée.

I

Sur notre sujet, un garçon de sept ans, le diagnostic clinique ne saurait souffrir la moindre objection. Lorsque vous regardez dans son ensemble le membre supérieur gauche, pendant en supination le long du corps, vous voyez sur la face antérieure, au niveau du pli du coude, une saillie qui est située juste en dehors du milieu de ce pli, par conséquent en avant et un peu en dedans du condyle huméral. Cette saillie, rendue plus facilement appréciable par l'atrophie musculaire notable du bras et de l'avant-bras, en sorte que les saillies osseuses se dessinent mieux, est à première vue arrondie, mousse, et, sans qu'il soit besoin de recourir à la mensuration comparative des deux radius, l'examen clinique nous permet d'affirmer qu'elle est constituée par l'extrémité supérieure du radius luxée et non fracturée. Palpez, en effet, et vous aller sentir un bord mousse, au-dessus duquel est une surface horizontale, déprimée en une cupule où vous logez la pulpe de l'index ; et si vous imprimez au poignet des mouvements de pronation et de supination, vous sentez rouler sous vos doigts cette cupule, en continuité manifeste avec le radius. Cela est de telle évidence qu'il est inutile de faire la contre-épreuve, d'ailleurs positive, qui consiste à enfoncer votre doigt sous le condyle huméral, à la partie postérieure du coude, pour bien vérifier qu'en ce lieu l'absence de la tête radiale se traduit par une dépression anormale. Cela fait, explorez de la vue et du toucher les diverses éminences osseuses du coude : le cubitus est parfaitement en place ; ni lui ni l'humérus ne présentent une saillie de fracture ou de cal.

La saillie est tout à fait irréductible au cours des divers mouvements communiqués au coude ; elle résiste de même à toute pression d'avant en arrière. Toutefois, si, l'avant-bras étant en demi-