

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-

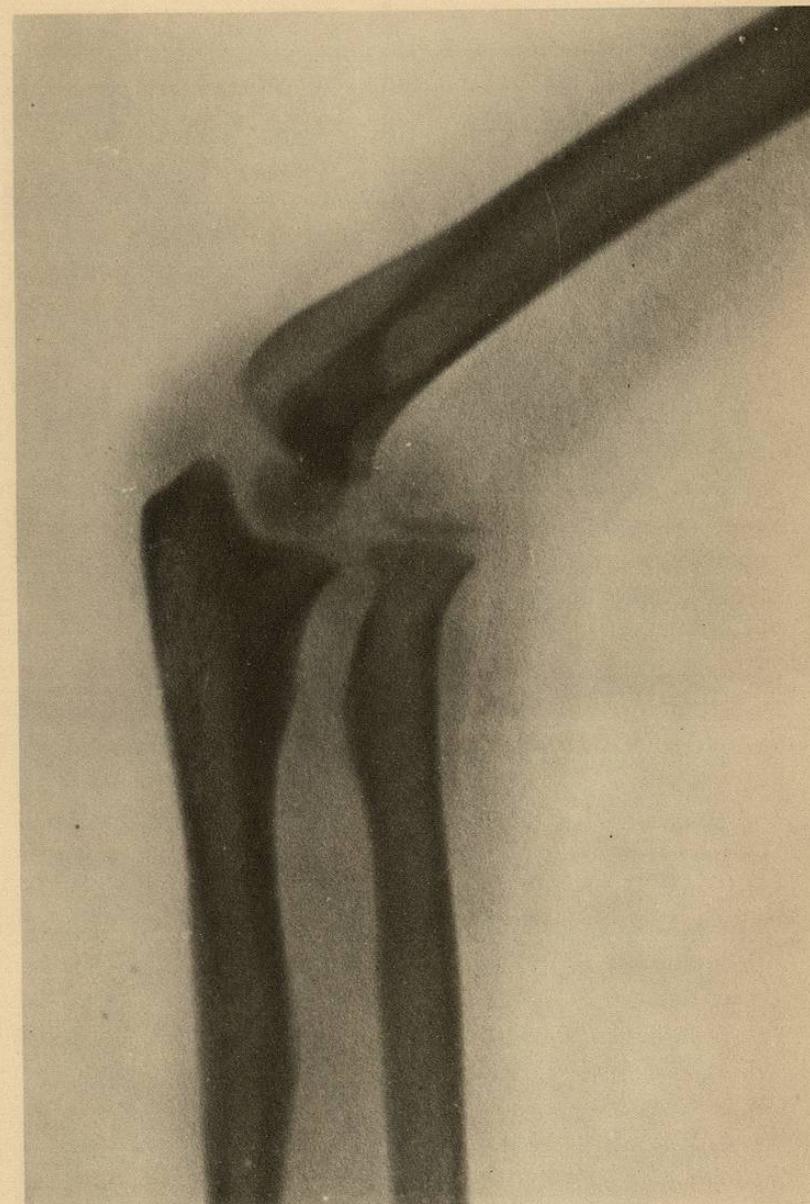
pronation, vous accrochez en dedans l'extrémité luxée avec votre pouce et si vous la refoulez à la fois en dehors et en arrière, elle disparaît tout entière sous le condyle, tandis que l'avant-bras se met en supination. Mais dès que vous retirez votre pouce, l'os fait de nouveau saillie en avant et en dedans, comme si quelque chose d'élastique le chassait de la position où vous avez réussi à le placer.

Lorsqu'il y a une dizaine de jours, j'ai vu cet enfant à la consultation, j'ai donc diagnostiqué tout de suite une luxation complète du radius seul en avant et un peu en dedans, sans trace de fracture concomitante : et la radiographie que je fais passer sous vos yeux a confirmé en tout point ce diagnostic. Elle rendrait le fait indiscutable, même aux yeux de Desault, si les observations certaines n'étaient aujourd'hui hors de doute. (Pl. VI.)

Pour expliquer la lésion, vieille d'environ huit mois, que nous constatons en ce moment, deux hypothèses sont possibles : ou bien il s'est agi primitivement d'une luxation isolée du radius ; ou bien, au moment de l'accident initial, les deux os ont été luxés et le cubitus seul a été réduit.

Malgré l'intelligence et les souvenirs très nets des parents, il n'y a rien à tirer, pour résoudre cette question, de ce qui a été vu et fait par le chirurgien au moment même de l'accident, le 21 septembre 1900. Après la chute, dont je spécifierai tout à l'heure la nature, il y avait, paraît-il, une forte saillie à la partie postérieure du coude. Sans effort et sans traction, un pharmacien mit sans peine à angle droit le bras qui pendait inerte le long du corps, et conseilla le transport immédiat à l'hôpital Tenon, où les internes prononcèrent les mots de fracture et de luxation, et pratiquèrent une réduction qui fut très douloureuse. Il semble bien qu'on ait finalement conclu à une fracture, car, pendant vingt-quatre jours, on immobilisa le coude à angle droit dans un appareil plâtré qui allait de l'épaule à l'extrémité des doigts : c'est déjà beaucoup pour une fracture du coude, et c'est un traitement tout à fait inusité après réduction d'une luxation.

Au bout de vingt-quatre jours, donc, l'appareil retiré, le résultat fut jugé « parfait » et l'enfant revint pendant quinze



Phototypie Berthaud, Paris

Luxation isolée du radius en avant.
Garçon de 7 ans.

jours à l'hôpital, où il fut massé, et où on communiqua au coude des mouvements de flexion que le père répétait plusieurs fois par jour. En même temps, l'enfant s'exerçait à porter des objets de plus en plus lourds. Tous les mouvements étaient douloureux, et quelquefois la souffrance interrompait le sommeil du sujet.

Le père, à cette date, n'avait pas remarqué de saillie à la région antérieure du coude. Mais comme le membre restait sans force, il se décida à le montrer de nouveau au chirurgien, le 2 novembre. Et le 3 novembre, après chloroformisation et manœuvres que nous ne pouvons préciser, un plâtre semblable au premier fut appliqué, pour être laissé trois semaines en place. Puis, pendant quinze jours, le membre fut enveloppé, sans qu'il semble cependant y avoir eu de phénomènes inflammatoires, dans des pansements humides renouvelés deux fois par semaine. On vit alors au pli du coude une saillie anormale, et on dit aux parents qu'elle disparaîtrait. Mais elle ne fit que s'accroître. C'est dans ces conditions que mon ami le Dr Barbarin vit l'enfant et me l'adressa, après avoir diagnostiqué une luxation du radius, malgré la rareté du fait.

D'après cette histoire, il est à peu près certain que, avec ou sans luxation concomitante, on a diagnostiqué au début une fracture, et la radiographie nous prouve qu'il n'y a jamais eu de fracture. Voilà pourquoi je vous ai dit en commençant que l'anamnèse ne nous permettait pas d'établir quelle a été la lésion initiale, luxation des deux os ou tout de suite luxation du radius seul. Les deux cas sont, en effet, possibles.

Déjà, en 1884, lorsque j'étais interne à l'hôpital Trousseau, j'ai recueilli une observation, publiée en 1887 à la *Société anatomique*, relative à un enfant de neuf ans qui, le jour même, dans une chute de sa hauteur seulement, s'était fait une luxation complète du coude droit en arrière; le médecin, qui accompagna le malade à l'hôpital, nous a raconté très nettement qu'il avait réduit sans peine le cubitus, mais que la tête radiale n'avait pu être remise en place. Le membre traumatisé était fort infirme, atrophié qu'il était par une paralysie infantile localisée aux membres supérieurs après avoir frappé les quatre membres; mais les

parents affirmèrent que, malgré cette faiblesse, les mouvements de la jointure étaient parfaitement souples avant l'accident.

Quand je vis l'enfant, la flexion était à peu près normale, mais l'extension était douloureuse et un peu limitée; la main était dans la pronation à peu près complète, et la supination était impossible. A la palpation, le cubitus fut senti en place, quoique de la crépitation et de la mobilité anormale révélèrent une fracture sans déplacement de l'olécrane. Le radius était luxé en arrière et au-dessus du condyle, écarté du cubitus d'environ 1 centimètre. La saillie anormale se voyait très bien sur ce membre atrophié par la paralysie infantile et où le coude n'avait pas gonflé; elle roulait sous le doigt quand on faisait tourner le poignet, et on engageait facilement la pulpe de l'index dans la fossette de la cupule. Et je fus frappé tout de suite par un signe sur lequel j'aurai à revenir bientôt: la pression, un peu douloureuse, exercée sur le radius d'arrière en avant, refoulait très aisément le radius sous le condyle; mais dès qu'on cessait d'appuyer, la tête osseuse faisait saillie de nouveau, poussant le doigt, comme remonte une touche de piano sur laquelle on cesse de peser. Tous les essais de réduction pratiqués avec ou sans chloroforme furent inutiles; et comme, à cette époque de chirurgie septique, l'arthrotomie eût été dangereuse, l'enfant fut rendu à ses parents sans même que la question d'opération eût été soulevée.

Je ne crois pas que mon observation actuelle soit comparable à celle-ci, car il se serait agi primitivement, soit d'une luxation des deux os en avant, soit d'une luxation divergente, cubitus en arrière et radius en avant: lésions certainement possibles, mais trop rares pour que nous soyons en droit d'y conclure avec probabilité, tandis que nos connaissances sur la luxation isolée et primitive du radius cadrent bien avec ce que nous observons ici. Ces connaissances sont en particulier dues, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental, aux recherches de Streubel, de Pingaud, de Kölliker fils; permettez-moi de les rappeler à votre souvenir.

II

Complète ou incomplète, selon que la cupule reste ou non partiellement en contact avec le condyle huméral, la luxation du radius peut se produire en avant, en arrière ou en dehors.

De ces luxations, celle en avant est à peu près la seule que nous ayons à considérer aujourd'hui, d'abord parce que c'est elle dont nous avons un exemple sous les yeux; ensuite parce qu'elle est fréquente chez l'enfant; on a même dit, mais en exagérant, qu'elle lui est à peu près réservée; enfin parce que nous possédons sur son mécanisme des données assez précises.

Ce n'est pas à dire que la luxation en dehors, malgré sa rareté, soit dépourvue pour nous de tout attrait. D'après les relevés des auteurs récents, aussi bien que d'après ceux de Malgaigne, elle est presque exclusivement observée dans l'enfance ou sur des adultes jeunes chez lesquels l'accident remonte à l'enfance. Elle a pour le sexe masculin une prédilection marquée: affaire de turbulence, sans doute. Le seul cas que j'aie observé concerne, il est vrai, une fille de neuf ans que j'ai vue à l'hôpital Trousseau en mai 1894, trois mois après une chute sur le coude. Sans aucun essai de réduction, un pharmacien s'était borné à faire mettre en écharpe le bras, dont les mouvements furent très vite possibles sans douleur. La flexion était normale, mais s'accompagnait d'un craquement bien perçu par la main embrassant le coude; l'extension était exagérée, et, pendant qu'elle s'exécutait, la tête radiale, reconnaissable à ses caractères habituels, venait faire saillie en dehors. Dans la flexion, cette tête radiale était réductible facilement par pression directe, avec un léger ressaut produisant le craquement que je viens de signaler.

Le mécanisme de cette luxation en dehors est assez mal précisé. Moraes Barros a réussi à rompre le ligament annulaire et à luxer la tête en dehors par le procédé suivant: l'avant-bras étant étendu et en supination, on cherche à lui imprimer un mouvement d'adduction sur le bras bien fixé, en même temps qu'une pression continue et forte est exercée sur l'éminence thénar. Mais la plu-

part du temps, en clinique, on n'a pu déterminer exactement, dans la chute, comment les choses se sont passées, et, dans deux cas de W. Wagner, relatifs à des adultes, la cause a été un choc d'arrière en avant sur l'humérus, le coude étant fléchi et en pronation, la main appuyée. Il s'agit de deux mineurs qui, poussant un wagonnet devant eux, ont subi le choc d'un autre wagonnet engagé derrière eux sur les rails.

Sauf le cas que j'ai résumé tout à l'heure et où il paraît y avoir eu d'abord luxation des deux os, avec irréductibilité du radius seul, je n'ai pas observé la luxation isolée du radius en arrière. Je vous dirai seulement que, d'après les faits publiés, l'étiologie clinique est assez mal déterminée, mais que quelques points paraissent établis expérimentalement : par choc direct sur l'avant-bras tenu en extension modérée, on produit en général la fracture du radius, mais quelquefois sa luxation en arrière; de même Streubel, Moraes Barros ont réussi par flexion brusque de l'avant-bras, la main étant en pronation. L'effort porte alors sur la partie postérieure du ligament latéral externe, dont la rupture est indispensable; mais le ligament annulaire peut rester intact.

J'arrive maintenant à la luxation en avant, que j'ai déjà observée chez une fillette pour laquelle les parents ont refusé l'opération. D'après les relevés de Malgaigne, la moitié environ des observations concernent des enfants. Expérimentalement, on ne la produit que très rarement par choc direct, mais on réussit bien, à condition de choisir des cadavres de femmes ou d'enfants, par choc violent sur la paume de la main, l'avant-bras étant en extension et de préférence en supination. C'est bien certainement ce qui s'est produit chez notre garçonnet : il tomba à la renverse, brusquement pris aux épaules par un camarade qui se trouvait derrière lui; pour atténuer la chute, — et, en effet, la tête n'arriva pas au sol, — il jeta instinctivement les bras en arrière, et tout le poids du corps porta sur la paume de la main gauche, le membre étant en supination et en extension forcée.

Je vous ai déjà fait remarquer que la tête radiale est luxée en avant et un peu en dedans. C'est toujours la position primitive dans le mécanisme que je viens d'esquisser.

Quelquefois, chez l'enfant, on réussit à produire la luxation par traction combinée à l'extension et à la supination. Vous concevez que, au choc près sur la paume de la main, c'est le même mécanisme que précédemment. Dans les deux cas, la tête radiale vient arc-bouter contre la partie antérieure du ligament annulaire : qu'il se rompe, et elle se luxe.

III

Depuis Hippocrate, par lequel est bien décrite la luxation en avant, on sait que les luxations isolées du radius sont d'un traitement très difficile; la réduction étant possible, la contention est toujours aléatoire; et la réduction est souvent impossible.

La difficulté de contention se comprend sans peine : lorsque le ligament annulaire est rompu, le moindre mouvement du poignet relaxe la tête radiale qui, à l'état normal, non seulement n'emboîte pas le condyle huméral, mais n'est qu'à peine en contact avec lui. Et même il semble que l'irréductibilité soit encore plus fréquente que l'impossibilité de contention avec réduction vraie, et que certaines réductions en apparence obtenues, mais non maintenues, soient en réalité de fausses réductions; c'est ce que j'ai observé chez mes quatre malades, dont un portait une luxation récente, où le radius était très aisément refoulé en place par pression directe, mais remontait comme une touche de piano dès que mon doigt cessait d'appuyer. Cette constatation clinique éveille invinciblement l'idée que quelque chose de dépressible, mais d'élastique, est interposé entre les surfaces articulaires et met obstacle absolu à leur coaptation; que, par conséquent, l'irréductibilité est primitive.

A l'époque où Malgaigne écrivait son important traité, la chirurgie sanglante des articulations était proscrite, en raison de son effrayante mortalité. Aussi ne sommes-nous pas surpris de la pauvreté, du vague des renseignements anatomiques sur la cause de l'irréductibilité; on ne cherchait pas à préciser une lésion contre laquelle on se savait à l'avance impuissant, et d'ailleurs

les autopsies de luxation récente étant exceptionnelles, on n'aurait eu que bien rarement l'occasion d'étudier ces dispositions spéciales. Quant aux luxations anciennes, on ne les disséquait pas à ce point de vue rétrospectif, dont l'intérêt pratique était nul.

Actuellement, au contraire, nous avons le devoir, en présence d'une irréductibilité primitive, d'ouvrir l'articulation pour tout remettre en ordre. De là résulte que nous avons dû, pour opérer convenablement, rechercher les causes anatomiques d'irréductibilité vraie; pour chaque jointure, nous les avons étudiées à la fois d'après l'expérimentation et d'après ce que nous trouvons en disséquant les luxations anciennes, et nous avons ajouté à cela les notions, tout particulièrement précieuses, acquises au cours des arthrotomies. Nous avons appris de la sorte que, pour toutes les luxations, l'interposition de quelque chose entre les surfaces articulaires est à peu près la seule cause d'irréductibilité vraie; et pour le cas spécial qui nous occupe, pour les luxations du radius, le ligament annulaire, avec les parties attenantes des ligaments antérieur et externe, est le pivot de la question.

Nous avons vu que la plupart du temps, dans ces luxations, le ligament annulaire se rompt. Mais cela n'est pas obligatoire. Fixé en haut par l'insertion du ligament antérieur ou externe, libre en bas de toute attache osseuse, il peut fort bien, si les ligaments ne sont pas déchirés, être attiré par eux jusqu'à décaloter la tête radiale. Dans ce dernier cas, relativement rare, il se trouve tout entier au-dessus de la cupule et, tout de suite plissé, ne peut absolument pas être de nouveau enfilé par l'extrémité du radius : et celle-ci, quand on appuiera sur elle, pourra facilement le refouler un instant, mais pour être incontinent chassée par lui de nouveau. Il est inutile, pour cela, que l'anneau fibreux soit resté intact : après rupture, les deux languettes encore fixées au cubitus, et maintenues par les restes des ligaments antérieur et latéral, ont tendance à se rabattre sous le condyle, entre lui et la tête qui dès lors ne peut réintégrer son domicile habituel. Dans la très grande majorité des luxations des os du coude, les ligaments latéraux et antérieurs sont complètement rompus, mais le ligament annulaire intact reste en

place, ou, privé de ses attaches supérieures, tombe sur le col du radius : alors la réduction des deux os s'effectue sans encombre. Mais que le ligament annulaire soit rompu, ou mieux encore qu'il soit tiré par le ligament externe conservé au-dessus de la tête décalottée, et vous pourrez avoir sous les yeux une luxation des deux os où le cubitus sera facile à réduire, le radius restant irréductible.

Cette interposition a été constatée sur des pièces expérimentales, au cours d'arthrotomies, et quelquefois sur des néarthroses de luxation ancienne. Ainsi mon collègue Lyot a montré à la Société anatomique en 1887 — et c'est à ce propos que j'ai communiqué le fait dont je vous entretenais tout à l'heure — une luxation radiale en arrière où le ligament annulaire adhéraît au centre de la cupule.

Je viens d'affirmer, chemin faisant, que, de nos jours, l'arthrotomie est indiquée, sans discussion, pour parer à une irréductibilité vraie de luxation récente. Mais ce n'est pour nous, aujourd'hui, qu'une proposition incidente : chez notre malade la luxation est vieille de huit mois et la question est de savoir si nous devons tenter d'améliorer par une opération le fonctionnement du membre. La réponse dépend donc de l'état actuel de ce fonctionnement.

Or, dans son ensemble, il est satisfaisant : la supination est conservée, la pronation est diminuée d'environ moitié; l'extension est normale. La flexion a perdu à peu près un quart de son amplitude, et tout de suite on se rend compte que c'est dû au contact de la tête radiale avec la face antérieure de l'humérus au-dessus du condyle. Mais si on analyse les faits de plus près, on constate qu'on peut communiquer à la jointure des mouvements de latéralité, en dehors surtout, que les muscles de l'avant-bras et surtout du bras sont atrophiés, que pour ces motifs le membre est faible, l'articulation mal assurée. Enfin les parents affirment que la saillie osseuse anormale augmente. Comme, d'autre part, l'intervention sanglante n'offre plus aucun danger, je crois qu'il faut l'entreprendre.

En principe, deux opérations sont possibles : réduire la tête, et,

si l'on n'y peut parvenir, la réséquer. Pour l'une comme pour l'autre convient une incision externe, c'est-à-dire située en dehors et un peu en arrière de l'extrémité luxée en avant et en dedans. C'est un principe général de toutes les interventions pour luxation ancienne ou récente : n'incisez pas sur l'extrémité osseuse saillante, mais sur la région déshabillée, car c'est de ce côté que

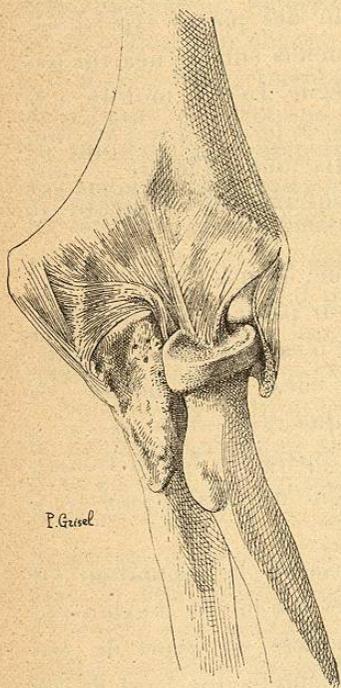


FIG. 67. — On voit le ligament antérieur adhérent à la cupule radiale. Cette figure a été reconstituée à l'aide : 1° de la radiographie ; 2° des constatations faites au cours de l'opération ; 3° de l'examen de la tête réséquée.

vous devez agir. S'il existe à la réduction un obstacle susceptible d'être levé, il siège sous le condyle huméral, et si nous incisons sur la tête radiale saillante nous en serons séparés précisément par cette tête ; nous ne pourrions donc le lever qu'après résection de la tête. Dans le cas actuel, il est vrai, l'espoir n'est pas grand d'obtenir la réduction : la lésion est vieille de huit mois ; et si la tête paraît peu déformée, elle est probablement le siège d'adhérences ligamenteuses analogues à celles qui furent constatées sur la pièce de Lyot. Il est donc probable que nous aboutirons à réséquer la tête radiale.

Cette résection, portant sur l'épiphyse la moins fertile du radius, ne troublera que peu l'accroissement du membre en longueur. Mais n'est-il pas à craindre que, le cubitus correspondant restant intact, une différence même légère de longueur dans les deux os de l'avant-bras ne fasse naître une déviation en cubitus valgus, l'al-

il existe déjà un degré notable de cubitus valgus, et cela se comprend, puisque le radius a perdu contact avec le condyle et que par conséquent il est devenu incapable de résister à la poussée cubitale. Cet argument, juste en général, devient négligeable dans le cas particulier.

Le 17 mai 1901, la résection a été pratiquée. Après incision externe, il a été constaté que le ligament annulaire, rompu en avant, et la partie correspondante du ligament antérieur, adhéraient au centre de la cupule radiale. Après leur libération à la rugine, la tête, dont la cupule était restée bien marquée, put être remise sous le condyle. Mais comme aucun ligament ne la bridait plus en avant, elle n'y présentait pas de stabilité et se reluxait en avant dans le moindre mouvement. Elle a donc été réséquée, et, cela fait, les débris du ligament annulaire ont pu être suturés autour du col radial, assez mince pour être ainsi entouré. Réunion sans drainage. La cicatrisation par première intention a été obtenue. Actuellement, grâce au massage, le résultat fonctionnel est bon.

QUATORZIÈME LEÇON

TRAITEMENT DES EXOSTOSES DE CROISSANCE

- I. — Ces exostoses sont bénignes, destinées à devenir stationnaires; leur migration vers la diaphyse; multiplicité et hérédité fréquentes. Les indications opératoires sont d'ordre mécanique. Indication d'exciser une exostose de l'extrémité inférieure du cubitus causant une difformité extérieure. Ulcération possible de l'artère poplitée.
- II. — Exostose de l'épine de l'omoplate causant un torticolis par irritation musculaire. Hydarthrose du genou par exostose fémorale. Accrochement de la jambe en flexion par une exostose située sous les tendons de la patte d'oie.
- III. — *Exostosis bursata*.
- IV. — Exostose sous-unguéale du gros orteil.

Les exostoses ostéogéniques sont des tumeurs très spéciales des os : formées d'un centre osseux qu'entoure une couche de cartilage hyalin, elles s'implantent sur la face fertile des cartilages conjugaux; une fois terminée la croissance du squelette, elles aussi deviennent complètement osseuses, immuables dans leur volume et leur forme. Elles sont remarquables par ce fait que très souvent elles sont multiples et héréditaires, avec défaut d'allongement des os, ce qui éveille en nous l'idée d'un processus pathogénique où le rôle principal revient à un trouble, encore inconnu d'ailleurs, de l'ostéogénèse.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer aujourd'hui toute l'histoire de ces productions si curieuses, mais seulement de vous montrer, à propos de quelques malades que nous avons eu récemment sous les yeux, dans quels cas vous aurez à entreprendre un traitement chirurgical.

I

Vous devez savoir, tout d'abord, que vous êtes en présence d'une tumeur essentiellement bénigne, destinée à devenir stationnaire. Aussi le traitement sera-t-il nul tant que l'excroissance osseuse ne deviendra pas, en raison de son volume ou de son siège, soit disgracieuse, soit gênante par compression d'organes voisins.

Ainsi, il y a quelques semaines, vous avez pu voir, à la consultation de l'hôpital Trousseau, une fillette d'une dizaine d'années que sa mère me conduisait à propos d'une petite tumeur occupant à droite l'épine de l'omoplate. Je trouvai en effet, au bord supérieur de cette épine, à la jonction du 1/3 interne et des 2/3 externes, une exostose parfaitement limitée, lisse, grosse comme un pois chiche, assez régulièrement arrondie, tout à fait indolente spontanément et à la pression. Ce ne pouvait être qu'une exostose ostogénique : et la mère ne fut pas surprise quand je lui conseillai de ne rien faire, car elle m'apprit alors qu'un de ses enfants, un garçon plus âgé, avait été atteint de tumeurs semblables, mais multiples, qui n'avaient jamais causé de gêne et auraient même disparu, en partie au moins.

Sur ce dernier point, je reste un peu sceptique, car à mesure que les sujets avancent en âge, les exostoses s'éloignent des extrémités articulaires et se cachent sous les masses musculaires, où on ne les trouve plus que par une palpation attentive, à moins qu'elles ne soient énormes. Pour peu que vous sachiez comment les os s'accroissent en longueur, par apposition de couches successives sur la face fertile des cartilages conjugaux, vous comprendrez que l'implantation de l'exostose finisse par être diaphysaire après avoir été primitivement conjugale; en sorte qu'elle se trouve séparée de l'épiphyse par toute la distance dont l'os s'est allongé depuis sa naissance.

Ne croyez donc pas sans plus ample informé à la résorption des exostoses de croissance : je ne l'ai, pour ma part, jamais