

sous le chloroforme. Enfin, dans les cas d'ankylose osseuse, surtout s'il s'agit de jeunes sujets et d'ankyloses dans une position vicieuse, on est autorisé à intervenir par une résection orthopédique. M. Ollier dit avoir pratiqué deux fois avec succès la résection du poignet dans de pareilles circonstances. Il est nécessaire, en pareil cas, de séparer avec le ciseau les surfaces osseuses anormalement soudées, et de pratiquer l'ablation en masse du carpe ankylosé.

4° *Déformations du poignet consécutives aux fractures du radius.* — On sait quelle est la déformation la plus habituelle dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; les deux fragments forment entre eux un angle dont le sommet est dirigé en avant, en même temps que la main est déviée sur le bord radial de l'avant-bras. Soit que la réduction n'ait pas été faite, ou que la contention ait été exercée d'une manière insuffisante, la consolidation peut se faire dans une attitude vicieuse. Le cal, faisant à la partie antérieure de l'avant-bras une saillie volumineuse, soulève les tendons fléchisseurs et le nerf médian comme les cordes sont soulevées sur le chevalet d'un violon; il en résulte une gêne du fonctionnement des doigts, et quelquefois, du côté du nerf médian, une névrite avec les troubles trophiques qui en sont la conséquence. Les chirurgiens se sont préoccupés de remédier à une semblable infirmité. M. Duplay (1) a publié un mémoire sur l'ostéotomie linéaire du radius, dans lequel il rapporte deux observations ayant trait à des fractures vicieusement consolidées, et où l'ostéotomie donna les meilleurs résultats. De son côté, M. Bouilly a fait à la Société de chirurgie une communication sur ces opérations. Il rapporte 3 observations sur le traitement des consolidations vicieuses des fractures de l'extrémité inférieure du radius (2). La première se rapporte à un petit malade qui eut, à la suite de sa fracture, une saillie angulaire du cal à la face de l'avant-bras. Le nerf médian se trouvait soulevé par cette saillie, et il en était résulté des altérations de la sensibilité et des troubles trophiques entraînant l'impotence fonctionnelle du membre. Le chirurgien mit à découvert le cal, et réséqua toute sa partie antérieure. Le résultat fut très satisfaisant.

Dans les deux autres cas, il y avait seulement une difformité sans compression du nerf médian. Dans l'un, on fit l'ostéoclasie, mais on n'eut pas à s'en louer. L'avant-bras fut pour ainsi dire écrasé; il y eut une menace de phlegmon; puis, à la suite, une synovite adhésive des gaines. C'est à peine si plus tard le malade put recouvrer quelques mouvements. Le troisième blessé fut traité par l'ostéotomie avec un résultat parfait. En somme, l'ostéotomie doit être regardée, en pareil cas, comme l'opération de choix, à part les faits où il s'agit de jeunes sujets et d'un cal assez flexible pour qu'on puisse le redresser par une simple ostéoclasie manuelle. Dans trois cas, nous avons pratiqué avec succès l'ostéotomie pour des fractures vicieusement consolidées de l'extrémité inférieure du radius. Deux de ces faits ont été rapportés dans nos *Leçons* (3).

En 1887, le docteur Lesser (de Leipzig) (4) a publié sur le même sujet un travail dans lequel il relate 2 observations. Dans la première, il a fait l'ostéotomie de l'extrémité inférieure du radius chez un jeune garçon de treize ans; la section de l'os étant faite, l'avant-bras fut mis dans la rectitude, et l'on dut,

(1) DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, avril 1885.

(2) BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 14 mai 1884.

(3) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, p. 332.

(4) LESSER, *Centralblatt für Chir.*, 9 avril 1887, p. 265.

par la dissection, libérer les tendons de leurs adhérences. Il y eut donc deux opérations successives : l'ostéotomie linéaire du radius, et le dégagement des tendons fléchisseurs adhérents au cal.

Dans le second cas, il y avait perte des mouvements de pronation et de supination, par suite du fusionnement de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Dans ce cas, Lesser rejeta la résection du radius, qui est l'os de soutien de l'articulation du poignet, et fit la résection de la petite tête du cubitus, ce qui permettait d'éviter l'articulation. On dut enlever 3 centimètres de l'extrémité inférieure du cubitus; la main tomba d'abord un peu en abduction; mais elle se redressa bientôt presque complètement, et les mouvements furent recouverts d'une façon très suffisante. Le docteur Lauenstein (de Hambourg) (1) a rapporté une observation dans laquelle il a pratiqué l'opération de Lesser, c'est-à-dire la résection de la tête du cubitus, sur un matelot de trente-six ans; le résultat fut satisfaisant.

4° VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS ACQUISES DE L'AVANT-BRAS ET DU COUDE

A. — DIFFORMITÉS DE L'AVANT-BRAS

Fractures vicieusement consolidées. — Les fractures vicieusement consolidées de l'avant-bras donnent naissance à des difformités qui consistent le plus souvent en une incurvation des deux os et dont la convexité est dirigée en arrière. Souvent aussi il arrive que le cubitus et le radius soient fusionnés entre eux, et, en pareil cas, une opération devient nécessaire, soit pour opérer le redressement, soit pour détruire la soudure anormale qui met obstacle aux mouvements de pronation et de supination.

Courbures rachitiques des os de l'avant-bras. — Les incurvations rachitiques des os de l'avant-bras sont fort rares, si on les compare aux inflexions rachitiques des os de la jambe; sur 1000 cas de rachitisme, Reeves ne les a constatées que 97 fois. Elles résultent soit de fractures, soit de l'incurvation lente du squelette, sous l'influence de la contraction musculaire, ou du poids du corps, lorsque les petits malades prennent point d'appui sur les mains. Ces incurvations rachitiques présentent habituellement leur convexité en arrière; rarement elles sont assez prononcées pour exiger une intervention.

B. — VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU COUDE

1° *Luxations congénitales.* — Elles sont fort rares; il y a lieu cependant d'en décrire deux variétés : a, les luxations totales du coude; b, les luxations isolées du radius.

a. *Luxations des deux os.* — Hoffa en décrit deux cas seulement, l'un qui a été rapporté par Chaussier et qui est relatif à une luxation en arrière des deux os de l'avant-bras du côté gauche; l'autre, appartenant à Höftmann, et relatif à une luxation congénitale en avant, observée chez deux sœurs, dont le père aurait présenté lui-même une semblable difformité. Dans ce dernier cas, les

(1) LAUENSTEIN, *Centralblatt für Chir.*, 4 juin 1887, p. 455.

extrémités supérieures du radius et du cubitus étaient arrondies; on ne sentait plus le crochet olécrânien; les mouvements de flexion et d'extension étaient très limités.

Les luxations isolées de la tête du radius méritent une plus grande attention, puisque, dans un travail récent, Bonnenberg a pu en réunir 51 cas⁽¹⁾.

b. *Luxations isolées du radius.* — Le déplacement de l'extrémité supérieure du radius peut se faire en avant, en arrière ou en dehors. Du reste, l'étude de cette question est assez difficile, car souvent les déplacements congénitaux de l'extrémité supérieure du radius ont été confondus avec les luxations pathologiques de cet os, et il est assez malaisé de faire le départ de ce qui appartient à l'une et à l'autre variété.

Dans un cas de Servier, il existait une double luxation des radius en arrière, en même temps qu'une luxation congénitale de la rotule et un pied bot. La difformité avait été transmise du père à son fils. Le fait de Mitscherlich est relatif à une petite fille de six ans qui présentait, en même temps qu'un double pied bot, des contractures congénitales de la main et des doigts, un raccourcissement des bras par rapport au reste du corps, et une luxation du radius en avant. Il existait, dans ce cas, des anomalies multiples des surfaces articulaires et des ligaments.

Parfois la luxation du radius est liée à une anomalie de développement du cubitus. Ainsi, dans un fait de Deville, la luxation du radius coexistait avec un arrêt de développement du cubitus; dans un autre cas de Senftleben, le cubitus était remplacé par un cordon ligamenteux, et le radius était légèrement incurvé sur lui-même.

Dans le cas de Mitscherlich, Langenbeck fit la résection totale du coude pour restituer au malade des mouvements; cette conduite est, en effet, la seule qu'on puisse tenir dans les cas de luxation des deux os.

Lorsqu'il s'agit de luxations isolées du radius, on pourrait se borner à réséquer la tête de cet os. C'est ce qu'ont fait avec succès Bessel Hagen et Hoffa dans le cas qui sert de base au travail de Bonnenberg.

2° *Cubitus valgus et varus.* — Par analogie avec le genu valgum et varum, on décrit sous les noms de cubitus valgus et varus les déviations latérales de l'avant-bras sur le bras. On donne le nom de cubitus valgus aux cas dans lesquels l'avant-bras est placé dans l'abduction, tandis que, par cubitus varus, on entend la difformité caractérisée par l'adduction de l'avant-bras.

Un certain nombre de personnes ont la faculté d'imprimer à l'avant-bras sur le bras des mouvements d'hyperextension tels que le sommet de l'angle formé par les deux segments du membre, au lieu d'être tourné en arrière, se dirige en avant. Dans un cas cité par Lesser, un étudiant de vingt-trois ans pouvait imprimer à son articulation du coude ce mouvement d'hyperextension. En même temps, l'olécrâne glissait sur le condyle interne et la tête du radius se déplaçait en arrière et en dedans. L'avant-bras se déviait en valgus, en formant avec le bras un angle de 150 à 155 degrés, suivant le sens latéral. Dans cette situation, les mouvements de supination étaient gênés. La même difformité existait au bras droit chez un garçon de quinze ans. Dans ces deux cas, le condyle interne était situé plus haut que l'externe.

(1) BONNENBERG, *Die Luxatio Capituli radii Congenita*. Zeit. für Orthop. Chir., 1895, Bd. II, Heft IV, p. 576.

Une semblable difformité se rencontre de temps en temps chez de jeunes sujets; quelquefois elle est transmise héréditairement, mais la même déformation peut reconnaître une origine traumatique; c'est ce qui arrive, par exemple, dans certaines fractures du condyle externe, avec ascension de ce condyle et déviation de l'avant-bras en dehors. D'où le conseil qui a été donné de traiter ces fractures dans l'extension, et non dans la flexion, pour s'opposer à ce double déplacement.

Dans quelques cas beaucoup plus rares, le cubitus valgus ou varus est la conséquence du rachitisme. Mais le cubitus varus est plus particulièrement lié aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, entraînant une exagération de l'angle que font entre eux à l'état normal le bras et l'avant-bras, dans le sens latéral.

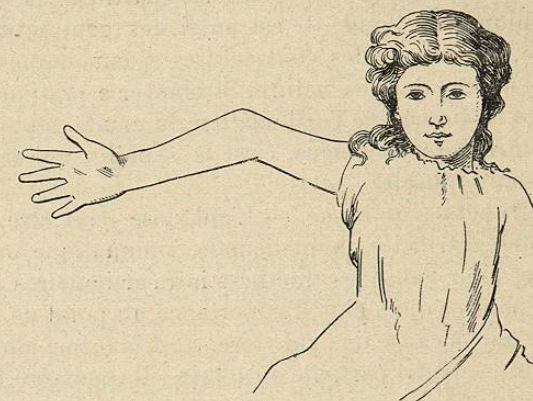


FIG. 115. — Cubitus valgus. (Hoffa.)

Chez un enfant de six ans, observé par Nicoladoni, la difformité s'était développée en deux années, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Nicoladoni en conclut qu'il s'agissait sans doute d'une fracture de la moitié interne du cartilage épiphysaire, ayant entraîné une ossification prématurée, et, par suite, un arrêt de développement. De là, l'ascension du condyle interne et le déjettement de l'avant-bras dans le sens de l'adduction.

L'étude des déformations connues sous le nom de cubitus valgus et cubitus varus a fait l'année dernière l'objet d'un important mémoire de la part de notre collègue, M. Rieffel⁽¹⁾. L'auteur commence par rappeler que, chez certaines personnes, le bras et l'avant-bras forment entre eux un angle à sommet interne, qui peut varier de 159 à 178 degrés. On peut donner à cette disposition le nom de cubitus valgus physiologique: il existerait donc un cubitus valgus physiologique et un pathologique; au contraire, le cubitus varus, dans lequel le sommet de l'angle est tourné en dehors, est toujours de cause pathologique.

Le cubitus valgus, comme le cubitus varus, peut être d'origine traumatique ou attribuable au rachitisme. C'est surtout le cubitus varus qui succède au traumatisme, soit comme conséquence directe du déplacement des fragments dans les fractures, soit comme conséquence éloignée d'un trouble de l'ossification. Les cubitus valgus et varus d'origine rachitique sont infiniment plus rares. Mon élève et ami, le docteur Miraillié⁽²⁾, en a publié un bel exemple dans la *Revue d'orthopédie*.

3° *Contractures et ankylose du coude.* — L'obstacle aux mouvements du coude siège, soit dans la peau, soit dans les muscles ou dans l'intérieur même de l'articulation.

(1) RIEFFEL, *Étude sur le cubitus valgus et le cubitus varus*. *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 146.

(2) MIRAILLIÉ, *Cubitus valgus double de cause rachitique*. *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 146.