

arrière de la racine transverse, soit que le sommet de l'apophyse coronoïde se dégage.

Au moment où la résistance est vaincue et où la mâchoire reprend sa place habituelle, l'opérateur devra porter ses pouces en dehors, de manière à les placer entre les arcades dentaires et les joues, sans quoi il s'exposerait à être mordu. On a conseillé, pour obvier à cet accident, de garnir les doigts avec du diachylon ou de la charpie; mais il est préférable de n'avoir pas recours à ces moyens, qui gênent les mouvements.

La crainte d'être mordu au moment de la réduction a fait imaginer un autre procédé, que Nélaton a, dans ces derniers temps, appliqué de nouveau, guidé par ses vues théoriques sur la cause de la persistance du déplacement. Ce chirurgien, au lieu d'appuyer sur les molaires, comme dans le procédé décrit plus haut, exerce une pression de haut en bas et d'avant en arrière, sur le sommet des apophyses coronoïdes, dans le but de faire cesser l'acrochement au-dessous de l'os molaire.

Les deux procédés réussissent le plus ordinairement et à peu près également dans la plupart des cas. Cependant il est quelquefois nécessaire d'exercer une double action sur la mâchoire, c'est-à-dire d'abaisser la

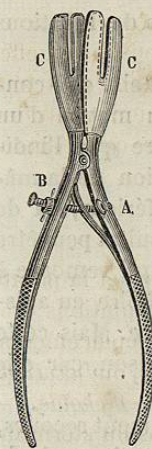


FIG. 39. — Pince de Stromeyer. — CC, extrémité buccale; A, B, cheville à vis et à écrou.

partie postérieure par l'un des procédés connus (pression sur le condyle ou l'apophyse coronoïde), en même temps qu'on relève le menton. Cette dernière manœuvre peut être opérée par les doigts du chirurgien qui pressent le menton de bas en haut et d'avant en arrière, tandis que les pouces, introduits dans la bouche, pressent de haut en bas, soit les dernières molaires, soit les apophyses coronoïdes. On peut remplacer, dans les cas rebelles, les doigts du chirurgien par une fronde dont il ramène les chefs sur le sommet de sa tête, pour exercer sur eux des tractions, comme dans les procédés de Ravaton et de Guillaume de Salicet. Nous indiquerons également certains procédés dans lesquels, au lieu d'enfoncer les doigts dans la bouche, on s'est servi de corps solides, tels que : un coin de bois, une cuiller, un manche de couteau, etc. Différents instruments ont encore été employés dans ce but ; telle est la pince de Atti (1), qui consiste en deux branches garnies de coussinets, que l'on introduit fermée entre les dernières molaires, de chaque côté, et qui s'ouvre par pression. Tel est encore l'instrument de Stromeyer (2), qui se compose de deux branches articulées

à la manière de tenailles, et terminées par une extrémité élargie en forme de fer à cheval, s'adaptant à la courbure des arcades dentaires; l'articulation est disposée de telle façon que lorsqu'on rapproche les ex-

(1) Archives générales de médecine, 1^{re} série, t. V, p. 145.

(2) Gazette médicale, 1833, p. 677.

trémités postérieures, les extrémités antérieures s'écartent et peuvent être relâchées subitement à l'aide d'un mécanisme spécial. De plus, une cheville à vis, munie d'un écrou, permet de produire l'écartement des branches buccales, d'une manière graduelle et continue et avec une force considérable. Cet instrument, que nous avons représenté figure 39, peut rendre des services réels dans certains cas.

Enfin, Monteggia et Hey ont indiqué, pour les luxations bilatérales, une méthode qu'ils considèrent comme très-utile dans certains cas difficiles, et qui consiste à réduire successivement chaque condyle.

Lorsque la réduction a été obtenue, il est important de condamner l'articulation de la mâchoire à une immobilité aussi complète que possible; et Malgaigne insiste avec juste raison sur les inconvénients et les dangers qui peuvent résulter, surtout au point de vue de la récurrence, de l'oubli de ce précepte. On devra donc maintenir la mâchoire immobile à l'aide d'une fronde, prescrire un silence presque complet, et ne donner, pendant quelques jours, que des aliments d'une mastication facile.

Il resterait encore à déterminer jusqu'à quelle époque la réduction des luxations de la mâchoire est possible. Donovan l'a obtenue au bout de quatre-vingt-dix-huit jours; Michon et Gosselin, au bout de cent trente jours. Peut-être même est-il permis d'espérer que l'on arriverait à ce même résultat après un temps plus long encore. Nous pensons en effet avec Giraldès, que quelle que soit la date de la luxation, on doit tout faire pour la réduire, attendu que la persistance du déplacement entraîne ici, comme on le conçoit, des inconvénients plus sérieux que partout ailleurs.

§ II. — Luxations du sternum.

Le sternum se compose de trois pièces : la poignée, le corps et la pointe ou appendice xiphoïde, reliés entre elles par deux articulations qui restent longtemps distinctes, et qui peuvent être le siège de déplacements. Nous étudierons donc : a. les luxations du corps sur la poignée, ou luxations du sternum proprement dites, et b. les luxations de l'appendice xiphoïde.

a. Luxations du corps du sternum. — La luxation du corps du sternum, ou luxation du sternum proprement dite, n'a commencé à être connue que depuis un travail de Maisonneuve, lu en 1842 à l'Académie de médecine. Malgaigne ajouta trois nouveaux faits à ceux de Maisonneuve. Puis d'autres observations furent publiées dans la Gazette des hôpitaux (1863) par Ancelet, qui fit remarquer que souvent on avait décrit comme fractures du sternum de véritables luxations des diverses pièces de cet os. Dans un mémoire plus récent, J. Brinton (1) (de Philadelphie) est arrivé à réunir 14 observations authentiques de luxations du sternum.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les causes des luxations du sternum sont ordinairement indirectes, et, suivant Maisonneuve, le déplacement est le

(1) American Journal, July 1867.

plus souvent le résultat d'une forte pression du sternum à ses extrémités, ainsi que cela a lieu dans une chute sur la nuque, sur les épaules ou sur les pieds. Le sternum se trouve en effet comprimé entre la résistance du sol, d'une part, et le poids du corps accru par la vitesse de la chute, d'autre part; les deux pièces supérieures, fortement pressées l'une contre l'autre, s'abandonnent mutuellement, et la luxation a lieu. Si la colonne vertébrale vient à se briser dans la chute, comme cela a été observé, le tronc s'infléchit brusquement en avant, ce qui augmente encore la pression exercée sur les deux extrémités du sternum et facilite le déplacement.

Dans trois cas seulement, la luxation a été produite par des causes directes. Celles-ci agissent en repoussant en arrière la poignée, qui vient se luxer derrière le corps du sternum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il n'est pas démontré que le corps du sternum puisse se déplacer en arrière. J. Brinton met en doute les trois observations rapportées par Petit, Sabatier et Ancelet, et les considère, avec raison, comme des exemples de fractures plutôt que de luxations.

Dans les cas authentiques de luxations du sternum, le corps de l'os était luxé en haut et en avant; dans deux cas, la luxation était incomplète, tout en présentant la même disposition.



FIG. 40. — Luxation complète du sternum en haut et en avant.

Lorsque la luxation est complète (fig. 40), il y a donc chevauchement du corps sur la poignée, et ce chevauchement peut atteindre jusqu'à 2 centimètres. Le grand ligament qui recouvre la face antérieure du sternum est rompu; le ligament postérieur est seulement décollé. Les cartilages des deux premières côtes restent articulés avec la poignée. Souvent à ces lésions se joignent des fractures d'une ou de plusieurs côtes. Enfin, on observe aussi, dans

certain cas, des désordres considérables, tels que : fractures de la colonne vertébrale, déchirures des viscères, hémorragies internes, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — Un bruit de craquement perçu par le malade; l'existence d'une douleur vive siégeant au niveau de l'articulation des deux premières pièces du sternum, augmentant par la pression et les mouvements respiratoires; une dyspnée, d'abord très-marquée, diminuant ensuite peu à peu et finissant même par disparaître complètement: tels sont les signes rationnels de la luxation du sternum.

Un symptôme plus important consiste dans l'attitude particulière du blessé. La tête et le tronc sont infléchis en avant; la colonne vertébrale et les apophyses épineuses forment dans le point qui correspond à la luxation une saillie plus ou moins prononcée.

En promenant le doigt le long du sternum, on constate facilement la saillie formée par le chevauchement de la seconde pièce sternale sur

la première; au-dessus de cette saillie existe une dépression, un enfoncement à direction transversale qui répond à la poignée du sternum. Les cartilages costaux qui se fixent aux deux pièces du sternum, les suivent dans leur déplacement; les cartilages des premières côtes paraissent enfoncés; ceux de la troisième et de la quatrième forment en avant une saillie proportionnelle au chevauchement.

DIAGNOSTIC. — A moins de gonflement considérable, il est généralement possible d'établir le diagnostic de la luxation du sternum. La seule lésion avec laquelle on pourrait confondre ce déplacement articulaire, c'est la fracture; mais dans celle-ci la saillie du fragment inférieur, lorsqu'elle existe, est beaucoup moins marquée que dans la luxation, et, de plus, elle est limitée en haut par un bord rugueux et inégal, au lieu de la surface mousse et arrondie qu'elle présente dans la luxation.

PRONOSTIC. — Ce qui fait la gravité des luxations du sternum, ce sont les complications qui les accompagnent ordinairement. Lorsque la luxation est simple, on n'a souvent rien autre chose à craindre que la difformité, conséquence de la difficulté de la réduction.

TRAITEMENT. — La réduction de la luxation doit être tentée; mais il n'est pas toujours facile de l'opérer. Les manœuvres de réduction ont échoué dans plusieurs cas.

Le procédé auquel on devra recourir d'abord consiste à étendre le tronc, puis à le renverser en arrière, en plaçant un coussin épais sous les reins, et en pressant d'une part sur le bassin, de l'autre sur les épaules et le menton. En cas d'insuccès, on pourrait, comme Malgaigne en donne le conseil, comprimer, soit avec la main, soit avec un poinçon, la pièce moyenne du sternum, de manière à la refouler en bas et en arrière. Un bandage contentif très-serré devra immobiliser le tronc après la réduction obtenue, et empêcher un nouveau déplacement.

b. Luxation de l'appendice xiphoïde. — Elles sont extrêmement rares. On n'en possède que deux exemples. Dans ces deux cas, la lésion a été produite par un coup violent porté à la région épigastrique. Une dépression à ce niveau, des vomissements très-violents, ayant persisté jusqu'au moment de la réduction, tels sont les signes indiqués par les auteurs.

Dans un cas communiqué par Martin à l'Académie des sciences, en 1737, la réduction put se faire en saisissant le cartilage xiphoïde entre les doigts. Dans le second cas, Billard (1) releva le cartilage en incisant la paroi abdominale et le péritoine; et en glissant au-dessous un crochet plat et mousse. Quoique cette opération ait réussi, nous ne conseillerions pas de la tenter de nouveau.

(1) Journ. génér. de médecine, t. XXII, p. 263.

§ III. — Luxations des côtes et de leurs cartilages.

Les articulations costo-vertébrales, malgré leur solidité, leur élasticité et la profondeur de leur situation, peuvent être affectées de luxations. La première observation relative à ces déplacements, théoriquement admis par A. Paré, appartient à Buttet; mais elle est loin d'être concluante, et nous pensons avec Boyer qu'elle a trait plutôt à une fracture qu'à une luxation.

D'après Buttet, les côtes qui sont le plus exposées à se déplacer sont les quatre ou cinq dernières vraies côtes et les deux ou trois premières fausses côtes. Les faits aujourd'hui connus n'ont pas confirmé cette manière de voir; ils ont montré que les dernières fausses côtes sont plus que toutes les autres susceptibles de se luxer.

Les observations authentiques que Malgaigne a rassemblées sont au nombre de six. Dans chacun de ces cas, la luxation avait succédé à une chute d'un lieu élevé, à un choc violent, à un écrasement du rachis, et s'accompagnait de désordres considérables.

Le plus souvent, la lésion n'a été constatée que sur le cadavre; cependant, dans un fait de Kennedy, la luxation costo-vertébrale fut diagnostiquée pendant la vie. La région lombaire était le siège d'une ecchymose étendue; au niveau de la tête des deux dernières côtes, on sentait une dépression marquée, et, si l'on exerçait une pression sur l'extrémité antérieure de ces deux côtes, on faisait mouvoir et saillir leur partie postérieure, sans produire de crépitation. A cet ensemble de signes, il eût été difficile de ne pas admettre une luxation. Le thorax fut immobilisé avec un bandage, et, au bout de trois semaines, la guérison était opérée.

Il est impossible, avec ces quelques faits, de constituer l'histoire complète des luxations costo-vertébrales; nous n'y insisterons donc pas plus longtemps.

On a admis, sans y apporter peut-être toute la sévérité désirable, des luxations des côtes sur leurs cartilages à la suite d'une violence extérieure. Chaussier, S. Cooper, Bouisson, ont cité des exemples de ces prétendus déplacements. Chez le malade de Bouisson (1), le cartilage, séparé de la côte, était porté en arrière et en bas; l'extrémité correspondante de la côte faisait en dehors une légère saillie. Dans les fortes inspirations, le cartilage reprenait sa place, pour se déplacer de nouveau dans l'expiration. Bouisson diagnostiqua une luxation de la côte sur son cartilage. Mais dans ce fait, et plus encore dans les autres, il s'agissait probablement non d'une luxation de la côte, mais d'une fracture du cartilage. Ce qui tendrait à le prouver, c'est qu'il est fort difficile, sur le cadavre, d'opérer la séparation d'une côte et de son cartilage, et qu'une fracture a beaucoup plus de chances de se produire dans ces manœuvres qu'une luxation.

A côté des luxations des côtes, il faut mentionner encore la luxation de

(1) *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 471.

certain cartilage costaux les uns sur les autres. Les cartilages exposés à ces déplacements sont ceux des sixième, septième et huitième côtes, articulés entre eux par leurs bords, et maintenus par quelques faisceaux ligamenteux. Dans un effort violent, dans un mouvement du tronc en arrière, dans une chute sur le dos, ces ligaments peuvent se rompre sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux; le cartilage inférieur se porte alors en arrière, pendant que le cartilage supérieur fait saillie en avant. Martin (de Bordeaux), Boyer, Malgaigne, ont observé cette variété de luxations. Pour réduire, on suit le précepte de Boyer, qui consiste à exercer sur le cartilage supérieur une pression qui le refoule en arrière, et à immobiliser la poitrine avec un bandage jusqu'à consolidation.

Il existe enfin quelques exemples de luxations des cartilages costaux sur le sternum. Tels sont ceux qui sont rapportés par Ravaton, Manzotti, Ch. Bell et Monteggia. Les cartilages des quatrième, cinquième et sixième côtes paraissent seuls avoir été le siège de ce déplacement. Malgaigne conseille, une fois la luxation réduite, l'application d'un bandage herniaire au niveau du cartilage déplacé.

§ IV. — Luxations des vertèbres.

On comprend que les déplacements traumatiques des vertèbres soient assez rares, si l'on considère leur situation profonde, l'épaisseur des parties molles qui les protègent, la solidité de leurs moyens d'union, enfin le peu de mobilité dont elles jouissent l'une par rapport à l'autre. Ces luxations succèdent en général à un traumatisme violent suivi de désordres considérables, et, après Hippocrate, un grand nombre de chirurgiens ont regardé comme impossible les déplacements des vertèbres, à moins qu'ils ne fussent accompagnés de fractures. Cette opinion, beaucoup trop absolue, est infirmée par les faits, et l'existence des luxations vertébrales sans fractures est aujourd'hui parfaitement établie.

Toutes les vertèbres ne sont pas, du reste, également exposées aux luxations: les vertèbres cervicales en sont le siège le plus ordinaire. On s'explique aisément la plus grande fréquence des luxations des vertèbres cervicales, si l'on songe à la mobilité beaucoup plus étendue de cette portion du rachis. Les luxations des vertèbres dorso-lombaires sont au contraire extrêmement rares, et c'est pour elles surtout qu'il est vrai de dire qu'on ne les observe que comme complication des fractures de la colonne vertébrale.

A l'exemple de Malgaigne et de Nélaton, nous étudierons successivement: 1° les luxations de l'atlas sur l'occipital; 2° les luxations de l'axis sur l'atlas; 3° les luxations des cinq dernières vertèbres cervicales; 4° les luxations des vertèbres dorso-lombaires.