

dans laquelle le doigt pénétrait; le raccourcissement de la face antérieure de l'avant-bras, et enfin l'impossibilité du mouvement d'extension complète et de flexion, même à angle droit, ce qui rendait le membre à peu près inutile au malade.

Malgré le temps considérable écoulé depuis l'accident, M. Maisonneuve, convaincu que, livré à lui-même, le petit malade était voué à une infirmité incurable, résolut de tenter la réduction.

Un lac fut passé sous l'aisselle, un autre fixé au-dessus du poignet; le malade fut soumis au chloroforme, puis on commença les tractions. Celles-ci furent assez énergiques, mais n'amènèrent aucun résultat.

C'est alors que, tout à coup, M. Maisonneuve, inspiré par une idée heureuse, fit enlever les lacs extenseurs et contre-extenseurs, pour les replacer d'une manière aussi rationnelle qu'ingénieuse.

1° Au lieu de passer sous l'aisselle, le lac contre-extenseur fut fixé au bras lui-même, immédiatement au-dessous du deltoïde, dont la saillie lui servait de point d'appui.

2° Au lieu d'embrasser le poignet, et par conséquent de n'agir sur le cubitus que par l'intermédiaire des articulations radio-cubitales, le lac extenseur fut fixé directement sur l'olécrâne, les deux chefs ramenés en avant furent croisés sur la face antérieure de l'avant-bras, puis ramenés en arrière et croisés une seconde fois sur la face postérieure de cette partie. Ce lac embrassait ainsi l'avant-bras dans un double cercle représentant un 8.

Tout étant ainsi disposé, les tractions commencèrent avec douceur d'abord, puis un peu plus fort, et la luxation se trouva réduite bien avant que l'on eût porté les tractions aussi loin que la première fois.

Aucun accident ne suivit cette réduction heureuse, il fallut seulement exercer l'articulation pendant une quinzaine de jours, pour lui rendre sa souplesse; et le malade sortit parfaitement guéri, le 14 décembre.

Le procédé dont nous venons de faire usage, dit M. Maisonneuve, ne me paraît ressembler à aucun de ceux que l'on emploie habituellement, et cependant il me paraît avoir sur eux de notables avantages

Les procédés anciens ont pour base :

1° Des tractions exercées sur le poignet et sur l'aisselle;

2° Une pression exercée sur l'olécrâne par les pouces de l'opérateur.

Il en résulte :

1° Que des forces extensives appliquées sur le radius et le poignet ne peuvent arriver au cubitus qu'en traversant les arti-

culations radio-carpienne ou radio-cubitale, dont la résistance est insuffisante;

2° Que les forces contre-extensives, quoique plus efficaces, perdent encore une partie de leur puissance en traversant l'articulation scapulo-humérale.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si, sous l'influence de semblables moyens, un grand nombre de luxations du coude restent irréductibles.

Dans le procédé nouveau, le point d'appui de l'extension est l'humérus lui-même. La saillie que forme le deltoïde lui donne un degré de fixité absolue.

Rien n'est donc perdu dans la puissance contre-extensive. Aucune articulation ne peut avoir à souffrir de l'énergie des tractions. L'action des forces extensives est mieux dirigée encore; ces forces agissent directement sur l'os déplacé. Elles agissent par impulsion au lieu d'agir par traction; ce qui leur donne un immense avantage, et ce qui en empêche la moindre déperdition.

Il ne serait donc pas étonnant qu'à l'aide de ce simple procédé il nous fût permis de réduire les luxations du coude les plus anciennes et les plus réfractaires.

LUXATION DU COUDE EN ARRIÈRE¹

DATANT DE TROIS MOIS. — RÉDUCTION

Les luxations anciennes, dit M. Maisonneuve, considérées par la plupart des chirurgiens comme impossibles à réduire, ne devaient ce funeste privilège qu'à la manière défectueuse dont les moyens de réduction étaient généralement dirigés. Avec le chloroforme, dit-il, il ne doit pas y avoir de luxation irréductible: toute la question est de savoir s'y prendre.

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 471.

Les luxations anciennes, en effet, ne diffèrent des luxations récentes que par les adhérences que les os ont contractées avec eux ou avec les parties voisines. Or, avec le chloroforme et les moyens mécaniques dont l'art dispose, il doit être toujours possible de rompre les adhérences sans compromettre ni la peau, ni les os, ni les organes vasculaires et nerveux.

Quand, par des mouvements prudents mais énergiques, on a déchiré les brides fibreuses, distendu les muscles raccourcis, rendu enfin aux surfaces leur mobilité, il faut encore savoir donner au membre la position la plus convenable, apporter un soin minutieux dans l'application des lacs extenseurs et contre-extenseurs, et surtout diriger avec intelligence et sagacité les efforts de réduction. Or, dit M. Maisonneuve, toutes ces choses sont généralement traitées avec une sorte de dédain par les chirurgiens les plus éminents.

Un homme, âgé de trente-cinq ans, se luxa le coude en faisant une chute de sa hauteur, et alla consulter la Dame-blanche de Châtillon, laquelle, croyant à une fracture, lui appliqua un appareil contentif; après un mois de ce traitement l'appareil fut levé, et le bras déformé ne pouvait exécuter presque aucun mouvement. C'est seulement deux mois après la levée de l'appareil que, ne voyant aucune amélioration dans son état, le malade consulta un médecin. Il s'adressa à M. le docteur Boinet, qui l'amena à la consultation de M. Maisonneuve, le 25 septembre 1850.

M. Maisonneuve fait asseoir le malade sur une chaise, applique une alèze mouillée et pliée en cravate au-dessous du deltoïde, et la maintient avec une bande: une seconde alèze mouillée est appliquée sous l'aisselle, dont le creux est préalablement garni d'un coussin; une troisième embrasse le poignet; une quatrième est appliquée par son plein sur la saillie de l'olécrâne, et ses deux chefs viennent se croiser au-devant l'avant-bras. Ces quatre alèzes sont destinées à l'extension; une cinquième, destinée à la contre-extension, est mise en réserve.

Tout étant ainsi disposé, le malade est soumis à l'inhalation du chloroforme, jusqu'à résolution complète. L'avant-bras est ensuite porté avec énergie dans l'extension forcée, puis dans la flexion, puis dans les sens latéraux. Ces mouvements, exécutés par M. Maisonneuve lui-même pendant cinq à six minutes, donnent lieu à la déchirure des adhérences et des brides fibreuses, à l'élongation des muscles; d'où une mobilité extrême dans l'articulation. Alors seulement on procède aux efforts de réduction.

Pour cela, l'avant-bras est fléchi autant que possible. La cinquième alèze,

dont le plein embrasse le pli du coude, et les chefs sont passés dans une boucle scellée à la muraille, qui sert à la contre-extension. Pour l'extension, deux aides sont attelés aux alèzes supérieures, celles qui embrassent le bras et l'épaule; deux autres sont chargés des alèzes inférieures fixées sur l'olécrâne et le poignet. Ces deux lignes de traction font entre elles un angle de soixante-cinq degrés environ.

Pendant que les aides tirent avec modération, le chirurgien embrasse de ses deux mains le pli du coude, tandis que ses pouces pressent sur l'olécrâne.

Quelques minutes de tractions modérées suffirent pour abaisser l'olécrâne jusqu'à sa position normale et opérer la réduction. Aussitôt on enlève les lacs. Dans ces mouvements la luxation se reproduit, mais elle est aussitôt réduite par la simple pression des pouces. L'avant-bras est ensuite maintenu dans la flexion forcée, la main sur l'épaule opposée, et le tout est maintenu dans cette position au moyen d'une bande roulée, comme le bandage de M. Velpeau pour la fracture de la clavicule.

Deux jours après la réduction, les mouvements étant complètement rétablis, le malade est sorti de l'hôpital.

DÉCOLLEMENT DE L'ÉPIPHYSE INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS AVEC ISSUE DE L'OS A TRAVERS LES CHAIRS

GUÉRISON

Le jeune A... de S..., âgé de sept ans, jouait sur une terrasse sans balustrade, dont l'élévation au-dessus du sol était d'environ trois mètres. Dans un mouvement inconsideré, cet enfant glissa sur le bord de la plate-forme et tomba sur le pavé. La main gauche, instinctivement étendue en avant, supporta le principal choc, lequel, transmis jusqu'à l'humérus, détermina à la partie inférieure de cet os une lésion des plus graves. Appelé presque immédiatement après l'accident, je constatai qu'outre un grand nombre de contusions à la tête, aux genoux, à la cuisse droite, il existait à la partie inférieure et antéro-externe du bras une plaie déchirée, à travers laquelle passait une portion considérable de l'humérus. Au premier coup d'œil je crus avoir affaire à une fracture; mais en y regardant de près, je vis qu'il s'agissait d'une lésion beaucoup plus rare, d'un décollement de l'épiphyse; en effet, la portion de l'os qui faisait saillie était parfaitement exempte de brisure; sa surface était régulière et grenue; elle présentait la disposition exacte de la portion sus-épiphysaire de l'os. De plus, cette partie osseuse était com-

plètement dépouillée de son périoste dans une hauteur de quatre centimètres environ. Cette membrane était restée adhérente en bas au cartilage épiphysaire et s'était déchirée longitudinalement pour le passage de l'os lui-même.

Dans ces conditions, et considérant surtout que l'articulation n'était point ouverte, je crus devoir renoncer à toute idée de résection, et je me décidai à réduire la portion saillante de l'humérus, en ayant soin de la faire rentrer dans sa gaine périostique. Cette opération ne laissa pas que d'être assez délicate; je parvins cependant à l'exécuter sans être obligé d'opérer de débridements.

Je plaçai ensuite le membre dans la demi-flexion, et je le maintins dans cette position au moyen de l'appareil plâtré.

Les suites immédiates de cette grave lésion furent beaucoup plus simples que je ne l'avais craint. Le travail phlegmoneux que je redoutais se maintint dans de justes limites et ne me donna pas un instant d'inquiétude; enfin, au bout de deux mois environ, la guérison, quant à ce qui regarde la plaie, était complète; mais il restait une roideur considérable de l'articulation; les mouvements d'extension et de flexion qui d'ordinaire mesurent plus de cinquante à cinquante-cinq degrés n'en présentaient pas plus de cinq ou six. L'enfant était plein de courage et d'intelligence, je lui recommandai d'exercer lui-même son bras plusieurs fois par jour; ce qu'il fit ponctuellement; de plus, j'ordonnai des massages, des douches sulfureuses, et après dix-huit mois environ, j'eus le bonheur de voir le membre recouvrer toute la plénitude de ses mouvements.

LUXATION DE LA JAMBE AVEC PLAIE¹

GUÉRISON

Soupault (Jean), carrier, âgé de vingt-quatre ans, fut apporté, le 19 mars, à l'hôpital Cochin, service de M. Maisonneuve. Il avait été pris sous un éboulement, et la jambe droite, pressée à faux par une masse de terre, avait été violemment portée en dehors, tandis que la cuisse était maintenue. Il en résulta une luxation incomplète de la jambe en dehors, une large déchirure de la peau et du tissu fibreux de l'articulation du genou à sa partie interne, et la saillie du condyle interne du fémur à travers les téguments.

Un chirurgien du voisinage, appelé auprès du malade, réduisit la luxation,

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 517.

puis réunit la plaie au moyen d'une suture enchevillée. Le malade resta dans cet état pendant six jours; mais des accidents inflammatoires graves s'étant manifestés, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le genou est énormément tuméfié, la peau rouge et tendue; une plaie longue de vingt centimètres existe à la partie interne de l'articulation, elle est close par une suture enchevillée. La jambe est encore dans un état de luxation incomplète en dehors. Le malade est en proie à une fièvre intense.

M. Maisonneuve commence par enlever la suture qui ferme la plaie; il s'écoule aussitôt de l'articulation un flot de pus qui inonde l'appareil. Le membre est maintenu dans un état de demi-flexion sur des coussins de balle d'avoine et entièrement enveloppé de cataplasmes de farine de lin; des sangsues sont appliquées en grand nombre autour de l'articulation. Sous l'influence de ce simple traitement les accidents se calment; la plaie se déterge; la cicatrisation s'opère.

Mais la luxation subsistait toujours. M. Maisonneuve n'avait pas cru devoir opérer la réduction lors de l'entrée du malade dans son service, de crainte d'ajouter encore aux accidents, déjà si graves, qui existaient alors; il avait reculé encore devant cette réduction, tant que la plaie n'était pas cicatrisée. Mais le 2 mai, la cicatrisation étant complète depuis plus d'une semaine, il se décida à la pratiquer. Le malade fut soumis au chloroforme; l'opérateur, saisissant alors la jambe à deux mains, lui imprima un mouvement de flexion forcée pour décoller la rotule à demi ankylosée et rompre les adhérences; puis, à l'aide d'un mouvement de rotation en dedans, il ramena le membre dans la position normale. Enfin, la réduction étant opérée, le membre fut maintenu dans l'extension au moyen d'un appareil à fracture de cuisse.

Aujourd'hui, 30 juin, le malade couché au numéro 25 de la salle Cochin peut être considéré comme guéri et ne tardera pas à sortir de l'hôpital.

Ce dernier fait est certainement un des plus remarquables que possède la science; il montre de quelles puissantes ressources dispose la nature pour la cure des plaies articulaires.