

triné par un de mes bons élèves, me donne entière liberté et place l'enfant à l'hôpital Notre-Dame.

Par acquit de conscience, certain d'avance de l'échec, je tente la réduction sous chloroforme, mais sans aucun résultat. La semaine suivante, je lui fis la réduction à ciel ouvert, procédé Doyen. Je fis, sur la peau du coude, une incision en J, renversé, la branche horizontale s'étendant de l'épicondyle à l'épistrochlée, et la branche verticale passant sur le milieu de la face postérieure du triceps. Le tendon du triceps mis à nu fut incisé obliquement quelques centimètres au-dessus de l'olécrâne, et je pénétrai dans l'articulation par sa partie postérieure. Je trouvai alors les surfaces articulaires déplacées et complètement déformées par du tissu fibreux et de la substance osseuse de nouvelle formation. Après avoir sectionné les ligaments latéraux, je disloquai complètement l'articulation. Il me fut alors facile de concevoir que la réduction était absolument impossible à obtenir à moins de remodeler les surfaces articulaires et de leur rendre leur forme normale.

La cavité olécrânienne remplie de tissu osseux nouvellement formé est d'abord évidée à l'aide de la pince gouge et de la gouge de Legouest. Chose très intéressante, sous cet amas de nouvelles cellules osseuses, je retrouve le cartilage à peu près intact, je le découvre complètement. L'épistrochlée, l'épicondyle sont alors sculptées à leur tour et débarrassées des tissus nouveaux qui les déforment; je nettoie ensuite l'apophyse coronoïde et je tente la réduction qui se fait facilement. J'essaie des mouvements de flexion et d'extension; les premiers se font bien, mais j'éprouve une résistance à l'extension; résistance qui, je le constate de suite, est causée par le fait que la cavité olécrânienne de l'humérus s'est aussi comblée. Je la vide donc de quelques coups de gouge et je constate alors avec plaisir que tous les mouvements sont possibles dans toute leur étendue normale.

Il ne me reste plus qu'à suturer les ligaments latéraux et la capsule au catgut, qu'à suturer le tendon du triceps de quelques points séparés à la soie, chose d'autant plus facile que j'ai eu soin de le couper obliquement, et enfin à rapprocher et à suturer les bords de l'incision cutanée. Et puis, pansement aseptique légèrement compressif, le bras fléchi à angle aigu.

Le malade eut une légère réaction inflammatoire pendant les trois premiers jours; j'appliquai des pansements humides phéniqués et tout symptôme d'inflammation disparut rapidement. Au bout de huit jours j'enlevai les points et commençai les mouvements de flexion et d'extension. Six jours plus tard le malade était assez bien pour être présenté à la Société de médecine. Il faisait des mouvements actifs assez étendus, sans douleur aucune, et des mouvements passifs considérables, atteignant la flexion aiguë et l'extension presque complète.

J'aurais bien voulu garder un mois encore mon petit opéré sous ma surveillance, pour lui continuer le massage et la mobilisation progressive; mais il lui fallait retourner chez ses parents, auxquels d'ailleurs je fis faire toutes les recommandations nécessaires.