

## COMMUNICATIONS

---

### **Traitement chirurgical de la luxation huméro-radio-cubitale du Chien**

par N. MARCENAC et R. BORDET

---

Les luxations, bien connues en clinique, sont devenues de plus en plus fréquentes depuis l'intensification de la circulation automobile et les chocs violents occasionnés aux animaux par les rencontres avec ces véhicules lancés à grande vitesse.

Les exemples ne manquent pas de pareils accidents, aussi bien sur les sujets des grandes espèces que chez les petits carnivores : luxations ouvertes parfois, avec ruptures complètes de tout le système de contention articulaire, luxations closes totales ou partielles (sub-luxations) d'autres fois.

Parmi les dièses ainsi notées chez le chien, il est deux localisations particulièrement rencontrées, celle siégeant à la hanche (luxation coxo-fémorale) et celle intéressant le coude (huméro-radio-cubitale).

La première de ces deux variétés a fait l'objet d'intéressantes recherches chirurgicales, la plus récente, avec notre élève POILVET, relative au vissage transarticulaire provisoire de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde (*Recueil de Médecine Vétérinaire* d'Avril 1951)

La deuxième retient spécialement l'attention du clinicien, pour des raisons opposées à celles qui s'appliquent à la précédente : pour celle-ci, facilité de réduction, mais difficulté de contention; pour le coude, au contraire, difficulté de reposition, solidité de l'article après réduction.

Anatomiquement, la luxation du coude peut être constituée par déplacement en avant, en arrière, en dedans, en dehors. Contrairement au même processus chez l'homme qui présente ces diverses modalités, on n'enregistre guère, pour le chien, que le déplacement en dehors (radius-cubitus placés en zone externe par rapport à l'humérus).

Quelle que soit la cause provocatrice, le contact articulaire est détruit; l'humérus a subi une légère rotation autour de son axe, en sens inverse des aiguilles d'une montre, tandis que le radius

et le cubitus sont entraînés en dehors, suivant un chemin opposé, le bec de l'olécrane venant se coincer sur la face externe de l'épicondyle, dans l'impossibilité totale de se dégager de cette nouvelle position, fixant définitivement ainsi les éléments articulaires.

Pour peu que l'accident soit ancien, les frottements des parties en contact créent rapidement des altérations périostées, des réactions osseuses, de l'hyperostose, voire une soudure solide qui s'oppose désormais à toute désunion en vue de la réintégration en position normale.

De fait, même lors de luxation récente, les manœuvres recommandées par CAROUGEAU (1), par BON (2), flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, pour remise en place, restent presque toujours sans efficacité. La lésion est alors abandonnée à elle-même, l'accidenté reste boiteux, l'amputation, avec d'impuissance, est décidée.

L'arthrotomie a été prescrite, par analogie avec celle pratiquée chez l'homme; elle ne résout que très rarement le problème, toujours pour la raison déjà énoncée d'impossibilité de passage du bec de l'olécrane en arrière de l'épicondyle, pour lui faire réintégrer la fosse humérale.

Nous avons, personnellement, tenté la résection de ce bec olécranien, même la section totale de l'olécrane, pour permettre au cubitus de contourner l'obstacle; mais, si, grâce à cette intervention, la réduction cherchée est bien obtenue, la contention consécutive ne peut être réalisée, par défaut de solidité olécranienne dans la fosse correspondante.

C'est à cause de ces difficultés que la technique suivante a été adoptée, après essais divers, au service de chirurgie d'Alfort.

Le principe de ce procédé consiste dans l'écartement, vers l'arrière, du cubitus par rapport au radius, suivi de rotation qui est alors permise, de dehors en dedans, puis de reposition, ainsi automatiquement assurée, de l'olécrane en position normale.

Une étroite incision est effectuée à la face externe du tiers supérieur de l'avant-bras, au niveau explorable de l'intervalle interosseux. Aponévrose et muscles sont égrignés. Les branches des ciseaux fermés sont introduites entre le radius et le cubitus, font levier par appui sur le radius; l'élongation ainsi produite des muscles interosseux permet de pousser le cubitus de la quantité suffisante pour supprimer le coincement signalé contre le condyle

---

(1) Société des Sciences vétérinaires de Lyon 1899.

(2) Thèse de Doctorat vétérinaire Paris 1938.

externe; le retour de l'olécrane vers l'arrière est alors possible. Une pression en rotation vers l'intérieur donne un bruit caractéristique, une sensation spéciale, témoignant de la reposition acquise.

Suture des plans de la voie de pénétration. Pénicilline dans le foyer.

Pansement plâtré léger, ajouré au niveau de la plaie opératoire, pour immobiliser l'article en bonne position; ce bandage est retiré vers le 8<sup>e</sup> jour, délai suffisant pour constitution d'une réaction inflammatoire contentive, remédiant à l'absence du ligament et de la capsule articulaire détruits par l'accident.

Lorsque, la luxation étant très ancienne, l'action du levier interosseux s'avère insuffisante à cause d'adhérences périostées irréductibles, l'incision déjà effectuée est allongée vers le haut pour découvrir le condyle radial, y détruire, à la gouge, les soudures indésirables et permettre ainsi le pivotement décrit ci-dessus.

L'expérience acquise par cette technique entièrement originale, sur un certain nombre d'opérés, nous permet de la considérer comme d'exécution facile, donnant d'excellents résultats; elle doit être substituée aux autres procédés si habituellement aléatoires ou inopérants, ainsi qu'il ressort des détails chirurgicaux et des résultats consignés dans la thèse de doctorat de notre assistante, Madame DVORAKOVA (Paris, avril 1951).

---