

la tonicité musculaire. Au bout d'un temps variable suivant l'étendue du déplacement, les obstacles à la réduction et la vigueur des muscles, en dix, quinze, vingt minutes, une demi-heure, la tête luxée reprend sa situation primitive. Ce procédé si simple joint à son efficacité l'avantage d'être peu douloureux et de ne pas nécessiter l'emploi du chloroforme.

Par ce procédé, l'extrémité osseuse déplacée reprend d'elle-même ses rapports normaux; en conséquence la coaptation, l'acte par lequel le chirurgien met au contact les surfaces abandonnées, est devenue inutile. Il n'en faut pas moins se rappeler qu'elle est parfois nécessaire et qu'une main habile peut éviter un grand déploiement de force par la direction qu'elle sait imprimer aux surfaces articulaires. Tout à coup un soubresaut particulier se produit, une sorte de claquement; le membre reprend son attitude, la région sa forme première, et les mouvements sont possibles quoique douloureux. Un bandage est appliqué, car des déchirures ligamenteuses existent qui, au moindre mouvement, laisseraient s'échapper la tête articulaire.

Nous avons parlé des luxations anciennes; nous avons dit jusqu'à quelle époque leur réduction pouvait être tentée. Nous savons, qu'aux périodes limites, un déploiement considérable de force est nécessaire et que cette mise en œuvre n'est pas sans danger; inutile d'énumérer de nouveau les accidents redoutables qui ont été la conséquence de tentatives brutales ou intempestives. Ajoutons seulement qu'on a proposé, et, dans certains cas, exécuté des débridements ligamenteux sous-cutanés, des sections fibreuses pour libérer la surface articulaire et rendre sa progression plus facile.

V

COMPLICATIONS DES LUXATIONS

Une luxation est dite *compliquée* « lorsqu'elle s'accompagne d'accidents généraux ou de désordres locaux de nature à aggraver la lésion principale, à retarder ou à compromettre la réduction et à nécessiter un traitement spécial ». Pour les chirurgiens anglais, la luxation compliquée est celle dont le foyer communique avec l'air extérieur, grâce à une déchirure des parties molles.

Ces complications sont *générales* ou *locales*. Nous ne parlerons pas

des complications générales : elles ne présentent ici rien de particulier; ce sont celles des traumatismes : spasmes, tétanos, fièvre. Nous ne nous occuperons que des accidents locaux subdivisés eux-mêmes en *primitifs* et en *consécutifs*, suivant qu'ils surviennent en même temps que la luxation, du fait de cette luxation et de la violence qui l'a produite, ou bien qu'ils se développent après un temps plus ou moins long. Les premiers comprennent la contusion, les luxations multiples, les fractures péri-articulaires, les hémorragies, la rupture ou la compression des nerfs, les plaies pénétrantes articulaires, la déchirure exagérée des ligaments et des tendons. Les seconds répondent aux inflammations, aux raideurs ou aux ankyloses consécutives, aux amyotrophies.

La *contusion* est la compagne obligée de toute luxation; elle siège d'habitude au niveau de la jointure, mais elle peut en être fort éloignée si le déplacement est de cause indirecte. Elle se caractérise par une douleur vive, une ecchymose ou même un épanchement sanguin sous-cutané; le foyer traumatique s'est enflammé parfois, la peau décollée s'est mortifiée et les surfaces articulaires ont été mises à nu à la chute de l'eschare; une arthrite violente, une pyohémie, un phlegmon diffus ont pu en être la conséquence. Aussi, dans les cas de contusions étendues, les tentatives de réduction seront modérées, l'immobilisation du membre sera rigoureuse; on essaiera de limiter l'inflammation. Depuis la vulgarisation des pansements antiseptiques, cet accident, pour rester grave, est devenu moins redoutable.

Les *luxations multiples* se présentent avec toutes les combinaisons possibles : tantôt les luxations sont indépendantes; la même chute, le même traumatisme a provoqué le déplacement de surfaces articulaires en des points éloignés, épaule et genou, par exemple; ces cas s'observent surtout lorsque le patient, entraîné par un engrenage, est heurté en plusieurs points, dans un mouvement rapide de rotation. Tantôt le même os se luxe à ses deux extrémités : maxillaire inférieur au niveau de ses deux condyles, humérus à l'épaule et au coude; tantôt deux os homologues subissent le même déplacement : luxation des deux hanches, des deux clavicules à leur extrémité externe. Ces luxations sont graves; non par elles-mêmes, mais parce que le traumatisme intense qui les provoque n'aura pas borné son action à déplacer les surfaces articulaires : il y a des contusions multiples, des épanchements sanguins, des décollements cutanés; les viscères

sont atteints, le système nerveux est ébranlé. Aussi arrive-t-il que le blessé se présente dans cet état particulier connu sous le nom de « choc » ; la prostration est complète. Les tentatives de réduction sous le chloroforme sont dangereuses et la mort en a été la conséquence.

La *déchirure exagérée* des ligaments, des capsules et des tissus péri-articulaires amène ce que Gerdy appelait une luxation « vague » : la capsule est largement ouverte ; les ligaments arrachés entraînent avec eux des parcelles osseuses ; les aponévroses et les muscles rompus permettent un écartement considérable des surfaces de la jointure ; le moindre effort les rapproche, mais on ne peut les contenir et le déplacement se reproduit. Les inflammations ne sont pas rares dans ces foyers remplis de sang, de débris de tissus fibreux et de bouillie musculaire. On évitera donc les tentatives de réduction multipliées, les manœuvres longues et douloureuses qui amèneraient peut-être une arthrite purulente.

Les *fractures* péri-articulaires passent pour une des complications les plus graves. Malgaigne, qui désigne alors l'ensemble des lésions produites par le traumatisme sous le nom de *luxation complexe*, a montré combien les désordres peuvent être nombreux. Tantôt on observe un écrasement d'une surface articulaire ; tantôt une simple fissure qui parcourt le cartilage et pénètre la substance spongieuse ; tantôt le trait de fracture sépare une portion de l'épiphyse qui forme comme un corps étranger dans la synoviale, ou joue le rôle de ménisque, ou enfin se mortifie. Mais si, par une voie quelconque, elle reçoit encore des vaisseaux nourriciers, elle survit, et des jetées osseuses parties du fragment inférieur peuvent la rattacher de nouveau à la diaphyse.

Le diagnostic est épineux, et la fracture ou la luxation est méconnue sous le gonflement des parties, les épanchements sanguins, la complexité des déformations, les attitudes contrariées par les deux ordres de lésions. Le pronostic est grave : la réduction devient souvent impossible ; le levier osseux sur lequel on agit pour remettre l'os en place est brisé, ou bien la cavité de réception n'existe plus, ses rebords sont écrasés ou arrachés avec les tendons. Lorsqu'on parvient, malgré tous ces obstacles, à rapprocher de la jointure les surfaces et à les maintenir dans leurs positions primitives, il faut compter avec la lenteur de la consolidation, les pseudarthroses, les inflammations aiguës ou chroniques qui laissent après elles des

ankyloses ou, pour le moins, des raideurs gênantes. On ne saurait donner au chirurgien une règle de conduite générale ; des indications utiles ne peuvent être fournies qu'à propos de l'histoire de chacune des luxations.

On s'inquiétera moins des fractures qui portent sur le corps de l'os ; elles ressemblent à toutes les solutions de continuité de la diaphyse ; le seul intérêt pratique qu'elles présentent est une difficulté plus grande pour opérer la réduction de la luxation concomitante ; le levier osseux est en effet rompu. Les méthodes de douceur, le refoulement sous le chloroforme de la surface déplacée, ont souvent été suivis de succès ; un appareil de fracture solide et bien appliqué a pu servir de point d'appui pour réduire la luxation. Il est d'autres cas où il a fallu attendre la consolidation osseuse : moyen délicat, car, pour une luxation ancienne, il faut déployer une grande force, et l'on a vu le cal se rompre pendant ces tentatives.

Les *plaies des vaisseaux*, artères ou veines, succèdent, soit à la violence extérieure qui a produit la luxation, soit à l'écrasement des tuniques par le déplacement articulaire, soit à la pénétration d'une esquille osseuse provenant d'une fracture concomitante ; nous ne parlerons pas des déchirures consécutives aux tractions exagérées dans les tentatives de réduction. Souvent la rupture de l'artère s'accompagne de plaies des parties molles : l'indication est précise et il faut, même au prix de débridements étendus, chercher les deux bouts du vaisseau dont on pratiquera la ligature. Quelquefois il se passe un phénomène analogue à celui dont les plaies par arrachement sont le siège : la tunique externe de l'artère se laisse effiler en un point comme un tube de verre à la lampe, tandis que la tunique moyenne et l'interne se rompent et oblitérent le vaisseau : A. Bérard a cité un fait de ce genre. Mais la déchirure peut être complète et il y a un anévrysme diffus. Chez une malade vue par Verneuil, Nélaton et Malgaigne, ce fut un anévrysme circonscrit qui survint après des tentatives de réduction ; on ne l'opéra pas, et, au bout d'un an, le volume de la tumeur paraissait stationnaire.

Les *lésions nerveuses* sont de divers ordres ; les déchirures totales ou même partielles ne se présentent pas souvent, mais les contusions sont fréquentes. Le cordon est comprimé par la surface articulaire déplacée et l'on observe des troubles de la sensibilité, picotements, fourmillements, engourdissements, douleurs vives irradiées, paralysie

des muscles et troubles trophiques de la peau. Après la réduction, surtout si elle ne s'est pas fait trop attendre, on verra ces accidents disparaître.

Les *plaies* des téguments sans communication avec le foyer traumatique n'ont pas d'importance; seules les plaies pénétrantes, les luxations *compliquées* des Anglais, nous occuperont; elles sont parfois consécutives; il n'y a eu d'abord que contusion simple, mais une eschare s'est formée et, après sa chute, la communication s'est établie entre l'air extérieur et les surfaces déplacées. Lorsqu'elles sont primitives, ces blessures sont dues, tantôt au corps vulnérant lui-même qui a désorganisé les tissus, et tantôt à une extrémité osseuse qui, sous une violente impulsion, a traversé les parties molles de dedans en dehors. On a observé ce grave accident au doigt, au poignet, au coude, au pied, au genou, et tout à fait exceptionnellement à l'épaule; la hanche n'en fournit probablement pas d'exemple. On pratiquera la réduction si elle est possible, et on appliquera un pansement antiseptique; mais il se présente des cas où la résection, l'amputation même, demeurent la seule ressource.

Nous laisserons de côté l'étude des complications *consécutives*; l'histoire de l'inflammation se confond avec celle de l'arthrite traumatique; nous avons parlé des atrophies musculaires; nous avons vu et verrons qu'elles succèdent à toutes les lésions des jointures et qu'entorse, luxation, arthrite peuvent avoir pour conséquence une amyotrophie. Les raideurs articulaires ne sont pour ainsi dire, qu'un premier degré de l'ankylose dont nous aurons à présenter une description étendue. On connaît déjà les accidents qui surviennent à la suite des tentatives de réduction.

VI

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les inflammations des jointures, les *arthrites*, ont été partagées en deux classes: les arthrites *chroniques* et les arthrites *aiguës*; chacune se subdivise en un nombre considérable de variétés dont les caractères spéciaux sont tirés de l'anatomie pathologique, de l'étiologie ou de la clinique. Beaucoup d'entre elles, par leur origine et par leur nature, appartiennent à la pathologie interne; mais comme leur

traitement exige parfois l'intervention du chirurgien, il faudra les signaler.

1^o ARTHRITES AIGÜES

Les inflammations aiguës des jointures peuvent atteindre toutes les articulations, mais elles frappent de préférence les plus mobiles et les plus superficielles; aussi les rencontre-t-on surtout dans les diarthroses et en particulier aux membres, poignet, cou-de-pied, coude et genou, épaule et hanche. Les deux sexes paraissent également susceptibles, et, si les arthrites peuvent se développer à tous les âges, les adolescents et les adultes sont pris plus souvent que les enfants et les vieillards.

Variétés. — La classification la plus habituelle des arthrites est tirée de leur étiologie. Le premier groupe renferme les inflammations consécutives aux traumatismes; elles succèdent aux contusions, aux plaies articulaires, aux entorses, aux luxations, aux fractures voisines de la cavité synoviale; elles reconnaissent encore pour causes une intervention opératoire sur les épiphyses, ostéotomie, ostéoclasie, évidement osseux, ou, sur les jointures elles-mêmes, ponction, taille articulaire pour l'extraction d'un corps étranger. A ces arthrites *traumatiques*, nommées arthrites *primitives*, on joindrait l'inflammation spontanée provoquée par l'action du froid et sans rhumatisme antérieur; mais son existence n'est guère admise.

Nous plaçons dans un deuxième groupe les arthrites consécutives à une inflammation de voisinage. Ces arthrites *secondaires* sont fréquentes; le plus souvent elles ont pour origine les os voisins, et on les observe dans les ostéomyélites diffuses de l'adolescence, dans les dégénérescences tuberculeuses des épiphyses, dans les abcès douloureux; le processus inflammatoire gagne de proche en proche, et arrive jusqu'au périoste qui borde le cartilage de revêtement; ou bien il se propage par le tissu spongieux. Souvent la couche cartilagineuse s'arrête et la jointure peut rester intacte. Mais parfois aussi une perforation se fait, une sorte de trépanation spontanée; la matière tuberculeuse de l'épiphyse, le pus pénètre dans la cavité synoviale, où s'allume une arthrite violente. Dans quelques cas exceptionnels, l'inflammation des parties molles retentit jusque dans l'article, et