

Traitement.

(en choisissant pour exemple l'entorse par adduction).

1° *Bains locaux* prolongés, quotidiens, avant le massage.

2° *Massage.*

Position du blessé : sur un lit un peu élevé, dans le décubitus latéral du côté opposé à la lésion ; mettre un coussin sous le pied qui se présente par son bord externe ; la jambe et le genou seront bien placés, pour que le malade soit à son aise.

Masseur assis près du lit, sur une chaise élevée.

I. *Effleurages et pressions.* — Tout d'abord s'adresser au ligament rompu. Faire avec le plat des pouces de petites pressions progressives, de l'insertion astragalienne à l'insertion marginale péronière, en s'arrêtant tout près de l'os.

Durée : quatre à cinq minutes.

Pratiquer le même massage, mais pendant deux à trois minutes seulement, sur le ligament péronéo-calcanéen.

S'il existe des points sensibles sur d'autres ligaments (interne, antérieur) exécuter des pressions analogues le long de ces ligaments. S'il y a des épanchements dans les gaines, les synoviales tendineuses du voisinage, y faire quelques pressions centripètes également.

Traiter ensuite les corps musculaires, en les massant de l'extrémité périphérique à l'extrémité centrale.

II. *Mouvements passifs.* — Flexion, extension, abduction. Les exécuter avec douceur, et s'arrêter à l'apparition de la douleur.

Ces mouvements augmenteront de nombre et d'intensité dans les séances suivantes.

III. — *Mouvements actifs simples.* Le blessé répétera les mouvements passifs, en s'arrêtant à la douleur. Insister sur les mouvements des orteils.

Enfin, les mouvements *contrariés* ne seront employés que plus tard, avec circonspection.

3° *Bande élastique*, de flanelle ou de crépon, enveloppant le pied et le cou-de-pied et y exerçant une légère compression.

Suites.

Repos au lit.

Lever au cinquième jour, en ordonnant la station assise ; *au sixième jour*, le malade commencera par pratiquer le pas marqué, en s'aidant d'une chaise : élévation régulière des genoux à la hauteur du bassin, alternativement et en demeurant un temps égal sur chaque pied.

Le lendemain, marche exécutée avec cette même régularité, d'une durée de cinq minutes par heure. Il ne doit pas y avoir de claudication. Si le malade souffre, il est préférable de remettre la marche à plus tard ; alors le laisser marquer le pas, pendant quelques jours. L'éducation de la marche se fait ainsi progressivement.

Durée : environ trois semaines.

LUXATIONS

Déplacements permanents de deux surfaces articulaires, généralement à la suite d'un traumatisme.

LUXATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Consécutive à des cris, au rire, au bâillement, à un traumatisme. La variété la plus fréquente est la luxation en avant. Le condyle du maxillaire perd ses connexions avec le ménisque qui reste en arrière, et il va s'appliquer à la racine transverse de l'arcade zygomatique, où il reste fixé par les muscles élévateurs (fig. 325).

Signes. — Le malade ne peut plus fermer la bouche, laquelle est largement et régulièrement ouverte (variété bilatérale) ou irrégulièrement ouverte et le menton porté du côté opposé à la luxation (variété unilatérale).

Pronostic. — Bénin, mais il reste toujours après guérison une gêne fonctionnelle et une légère difformité de la face.

Traitement.

Position.

Blessé assis devant le chirurgien, appuyé contre la poitrine d'un aide debout derrière lui et qui immobilise la tête avec ses deux mains. Les deux pouces du praticien, enveloppés de linge, sont introduits à la partie profonde des arcades dentaires sur les grosses mo-

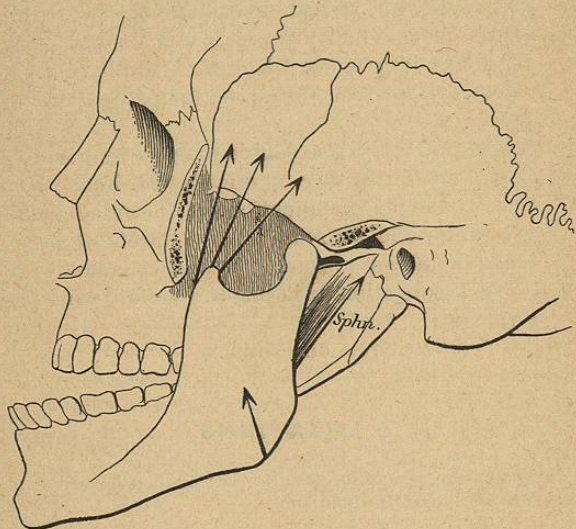


Fig. 325. — Luxation de la mâchoire (Ricard et Launay).

lares; les autres doigts encadrent de chaque côté le maxillaire.

Exécution.

1^{er} TEMPS. — Abaisser le menton en appuyant fortement avec les deux pouces de haut en bas. Ne pas se presser dans ce temps.

2^e TEMPS. — Refouler le maxillaire en arrière, tandis que le menton est relevé.

En cas de luxation bilatérale, il est préférable de réduire l'une après l'autre les deux luxations.

En cas d'échec, essayer de la même manœuvre sur le blessé couché, la tête horizontale, ou enfin, recourir à l'anesthésie générale (chlorure d'éthyle).

Suites.

Faire porter au malade pendant huit jours, une mentonnière ou une fronde, lui interdire les grands mouvements d'ouverture de la bouche.

Au bout de huit jours imprimer à la mâchoire des mouvements, dont on augmentera progressivement et prudemment l'étendue.

Prévenir le sujet de récurrence possible, de façon à ce qu'il évite les mouvements exagérés du maxillaire.

Dans les luxations anciennes accompagnées d'ankylose, intervention sanglante (résection condylienne).

LUXATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE

La plus fréquente est la luxation de la colonne cervicale inférieure (luxation de la cinquième vertèbre sur la sixième) d'ordinaire en avant. C'est la seule que nous décrivons.

Elle est consécutive, d'habitude, à une chute sur la tête en flexion.

Caractères. — Tête en flexion forcée, nuque incurvée, déformée, avec parfois une encoche à la hauteur de la luxation. Symptômes de compression médullaire, variables, pouvant aller jusqu'à la paralysie totale des quatre membres.

Pronostic. — Grave, sans être toujours fatal.

Traitement.

Réduction. Prévenir la famille du danger de la réduction (asphyxie, mort subite).

Préparatifs.

I. — Avant l'opération.

Anesthésique.

Général : chloroforme.

Aides.

Trois (dont un pour l'anesthésie).

II. — *Préparatifs de l'opération.*

Procéder à l'anesthésie très prudemment.

Technique de la réduction.*Position.*

Blessé dans le décubitus dorsal, bien immobilisé, de préférence sur une table solide et étroite.

Un *aide*, placé en arrière de la tête, saisit celle-ci par la nuque et le rebord inférieur de la mâchoire (extension).

Un deuxième *aide* et le *praticien*, en avant de la tête, appliquent les mains sur les épaules (contre-extension).

Exécution.

Le premier aide, d'une part, et le praticien et le deuxième aide, d'autre part, tirent *en sens inverse* lentement, doucement, progressivement, dans l'axe du corps, sans déviation, en accroissant peu à peu leurs efforts. Un craquement signale la réduction.

Suites.

Laisser le blessé dans le décubitus dorsal, la région cervicale soutenue uniformément et également par un oreiller renflé au milieu et qui remplit sa concavité normale — *pendant quelques jours*, et alors seulement commencer par autoriser les mouvements de rotation de la tête, puis les mouvements de flexion très prudents.

En cas de non réduction, le blessé est menacé par la myélite ascendante, les eschares, les infections pulmonaire et urinaire.

LUXATION DE LA CLAVICULE

Due à une chute sur l'épaule ou à un mouvement brusque portant sur l'une des extrémités de la clavicule.

A. **Luxation sterno-claviculaire.**

Rare.

Caractères. — Saillie de l'extrémité interne au-devant, au-dessus ou en arrière de la fourchette sternale.

Pronostic. — La réduction se maintient difficilement. Malgré cela, les fonctions du membre peuvent redevenir généralement bonnes.

Traitement.

Réduction et maintien de la réduction par un appareil d'immobilisation.

Préparatifs.*Matériel de pansement.*

Bande de toile longue de 10 à 12 mètres, large de 0,04 à 0,05 centimètres.

Ouate ordinaire en bandes (1 à 2 paquets de 250 gr.).

Technique de la réduction.

Le blessé est assis sur une chaise en travers. Un aide quelconque debout derrière lui appuie un genou entre les deux épaules et, avec ses mains, ramène celles-ci en arrière et en dehors.

L'opérateur, devant le blessé, *presse avec ses deux pouces* sur l'extrémité luxée (luxation pré-sternale), au-dessus de cette extrémité (luxation sus-sternale), ou ramène l'extrémité en avant (luxation rétro-sternale).

La réduction sera maintenue par un bandage croisé postérieur des épaules (fig. 326), appliqué de la façon suivante (Lejars) : pendant que l'aide, derrière le blessé, tend à rapprocher les épaules en arrière, l'opé-

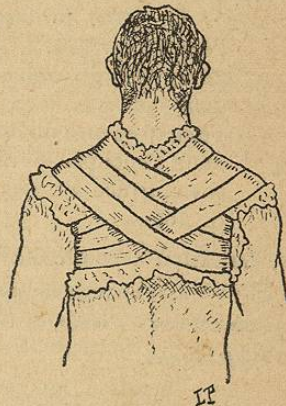


Fig. 326.

Bandage croisé postérieur double des épaules.

rateur garnit les aisselles d'un tampon d'ouate et enveloppe d'une couche légère d'ouate le devant de la poitrine, les épaules et le haut du dos. Faire deux à trois tours circulaires autour de la poitrine. Arrivé dans l'aisselle gauche, porter obliquement la bande sur l'épaule opposée en passant dans le dos; descendre ensuite en avant, ramener la bande dans l'aisselle du même côté, puis dans le dos, où elle va croiser le premier jet, en remontant sur l'épaule gauche, redescendre en avant, puis dans l'aisselle. Enfin, remonter comme la première fois en arrière vers l'épaule droite, et ainsi de suite.

Suites.

Tous les jours, pratiquer un massage du bras et de l'épaule (p. 505).

Enlever définitivement le bandage croisé au bout de quinze jours.

S'il existe encore du déplacement, ne pas s'en inquiéter, mais s'occuper de rendre au membre toutes ses fonctions, grâce au massage et à l'électricité, au besoin (p. 505).

B. Luxation acromio-claviculaire (sus ou sous-acromiale).

La variété sus-acromiale est la plus fréquente.

Caractères. — Des plus faciles à reconnaître.

Traitement.

Cette luxation se réduit facilement, en suivant les mêmes préceptes que précédemment, mais il est à peu près impossible de la maintenir réduite.

Quoi qu'il en soit, après un essai de réduction, employer le même bandage croisé postérieur double des épaules, et commencer d'emblée le *massage* quotidien.

En général, les fonctions du membre se rétablissent, quoique avec déformation.

En présence d'une luxation irréductible, la réduction à ciel ouvert et la suture acromio-claviculaire peuvent être indiquées, pour remédier au raccourcissement de l'in-

tervalle séparant l'acromion du sternum et à la gêne des mouvements qui en résulte.

A la suite de cette intervention, l'application d'un appareil plâtré est nécessaire, pendant trois semaines à un mois.

LUXATIONS DE L'ÉPAULE

A. — LUXATIONS EN GÉNÉRAL

De cause directe (choc sur le bras), ou indirecte (chute sur le coude ou la main).

Caractères généraux. Gonflement, ecchymose, épaule abaissée, tête inclinée du côté malade, coude malade soutenu dans la main saine. Douleurs.

Variétés et caractères spéciaux.

I. — EN AVANT ET EN DEDANS

a) LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE. — Épaule abaissée, aplatie, acromion saillant, paroi antérieure de l'aisselle allongée. Coude écarté du corps. Rotation interne. Dans le creux sous-claviculaire on sent et on fait rouler la tête humérale. Suppression des mouvements actifs. Mouvements passifs limités et fort douloureux.

b) LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE. — Mêmes signes que précédemment, sauf que la tête est plus profonde et difficile à explorer. Le coude est peu écarté du corps. On observe souvent des phénomènes de compression du plexus brachial.

c) LUXATION SOUS-CLAVICULAIRE. — Saillie très forte de l'acromion et de la coracoïde. L'humérus est dévié en arrière et en dedans. On sent et on peut faire rouler la tête sous la clavicule par les mouvements du bras.

II. — EN BAS (sous-glénoïdienne)

Bras en abduction très forte et rotation externe. Allongement de la paroi antérieure de l'aisselle. L'axe du bras prolongé arrive au-dessous de la cavité glénoïde; on sent la tête humérale dans le creux de l'aisselle.

III. — EN HAUT

Bras en rotation externe. La tête de l'humérus débordé l'acromion.

IV. — EN ARRIÈRE (sous-acromiale)

Bras le long du corps en rotation interne, épaule repoussée en dehors. On voit et on sent la tête en arrière sous l'acromion.

Pronostic. — En général peu grave; dans les luxations récentes

réduites, le blessé peut se servir de son membre au bout de trois semaines à un mois. Néanmoins, il convient de faire des réserves si l'on constate des troubles vasculaires (anévrisme traumatique, rupture incomplète de l'axillaire, crainte la gangrène) ou de la sensibilité.

Explorer par le pincement ou l'épingle la sensibilité du moignon

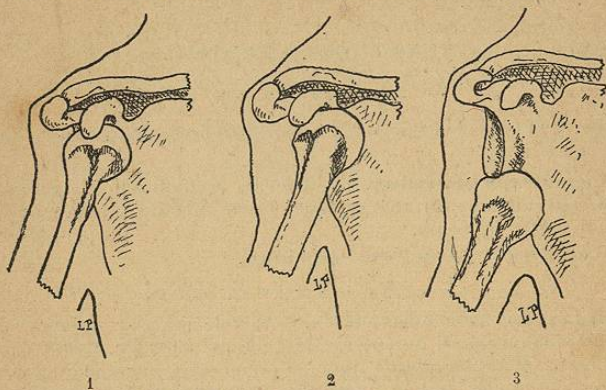


Fig. 327. — Luxations de l'épaule.

1. Sous-coracoïdienne. — 2. Intra-coracoïdienne. — 3. Sous-glénoïdienne.

de l'épaule (lésion du rameau cutané du circonflexe). Si cette sensibilité est atteinte, prévoir l'impotence du deltoïde.

Traitement.

La réduction doit être opérée le plus tôt possible. Au bout de deux mois, la luxation sera considérée comme ancienne et dans la plupart des cas irréductible.

Cette réduction repose sur l'emploi des tractions simples ou des tractions avec combinaison de mouvements particuliers.

Précaution.

Être très prudent dans les tractions chez les vieillards et, d'une façon générale, chez les athéromateux, à cause de la rupture facile des artères.

Voici un *procédé de réduction applicable à toutes les variétés de luxation de l'épaule récente*. On verra plus loin,

à propos de chaque variété, les procédés particuliers auxquels on peut encore recourir.

PROCÉDÉ DE LA TRACTION ÉLASTIQUE (de Théophile Anger) (fig. 328).

Préparatifs.

Deux serviettes assez grandes pliées en cravate.

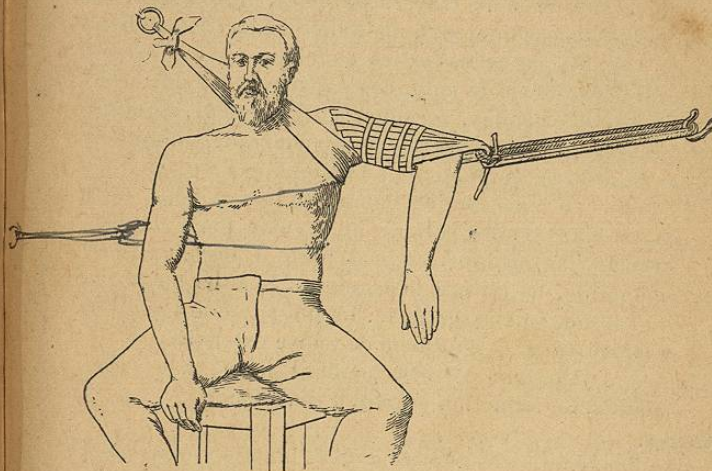


Fig. 328. — Procédé des tractions élastiques de Th. Anger (Ricard et Launay).

Une bande ordinaire en toile de 0,07 à 0,10 centimètres de largeur sur 4 à 5 mètres de longueur.

Une bande ou un tube de caoutchouc.

Fixer un crochet dans le mur, à une hauteur d'environ 1 mètre.

Opération.

Position.

Blessé assis sur une chaise ou dans le décubitus dorsal.

Exécution.

La *contre-extension* est faite à l'aide d'un drap ou d'une serviette pliée en cravate passant sous l'aisselle et derrière le cou, attachée en hauteur.

L'*extension* est pratiquée sur le bras au-dessus du coude. Appliquer un drap ou une serviette pliée en long sur les deux côtés du bras, en laissant l'anse déborder l'olécrâne de deux travers de doigt. Envelopper les chefs d'un premier tour d'une bande ordinaire mouillée; en rabattre les points et les envelopper d'un second tour; les relever et enfin, les engainer dans une série de tours de bandes. Terminer par l'enveloppement du bras à sa partie inférieure. — On pourrait, comme sur la figure 328, employer des bandelettes de diachylon.

Un tube ou une longue bande de caoutchouc sera passé dans l'anse formée et, d'autre part, dans le crochet fixé au mur. Le bras porté à angle droit en abduction, on étirera la bande ou le tube pour que la traction soit assez forte. Le blessé sera à environ 1 mètre du point d'attache de l'anse extensive.

Laisser l'appareil ainsi fixé, pendant *quinze, vingt, trente minutes*. La réduction s'opère d'elle-même.

Suites.

Une fois obtenue la réduction de la luxation, *immobiliser le bras* dans une écharpe de Mayor (p. 65) pendant un temps variable, suivant l'intensité des désordres produits par la luxation ou sa réduction.

Chez les jeunes sujets, si la luxation simple s'est réduite facilement, laisser le membre au repos dans l'écharpe trois à quatre jours, puis commencer les massages quotidiens. Dans l'intervalle des séances, replacer l'écharpe qui ne sera supprimée qu'au bout d'une dizaine de jours.

Chez les personnes âgées, ou lorsque la luxation a été difficile à réduire, ou s'il y a de la *réaction inflammatoire*, attendre plus longtemps; ne pas commencer le massage avant le douzième jour. N'enlever définitivement l'écharpe qu'au bout de trois semaines à un mois.

Pour le *massage* qui s'étendra du milieu du bras au sommet de l'épaule, placer le bras dans les quatre positions suivantes :

1° La main du malade reposant sur son dos facilite le massage en avant de l'articulation et de partie du deltoïde.

2° La main du côté malade posée sur l'épaule saine permet de masser les parties postérieures de l'article et le reste du deltoïde.

3° Le malade mettant sa main sur l'épaule du masseur, les pulpes des pouces peuvent s'enfoncer en avant et en arrière de la partie inférieure de l'article contre la paroi capsulaire, les autres doigts fixant la tête humérale.

4° Le bras tombant librement en bas, le masseur enfonce les pulpes des pouces dans l'interstice du deltoïde, entre les deux tubérosités.

Au bout de 5 à 6 séances d'effleurages et de pressions, procéder aux mouvements passifs, quelques jours après aux mouvements actifs, puis aux mouvements actifs avec résistance. Les mouvements du bras sont : en avant, en arrière, en dehors, rotation, circumduction; on peut y joindre flexion et extension du membre supérieur.

Le traitement par le massage doit être continué assez longtemps.

On lui associera trois fois par semaine le *traitement électrique*, de la façon suivante.

Appareil à faradisation avec interrupteur. Courant faradique rythmé (bobine à gros fil, plaque indifférente positive dans le dos, tampon négatif sur les points moteurs du deltoïde). L'intensité sera (de 6 à 12 m. A) suffisante pour qu'il y ait une contraction nette. Si le muscle est peu atrophié, le faradiser ainsi pendant cinq minutes; si l'atrophie est prononcée, pendant deux minutes seulement (de peur de provoquer la dénutrition du muscle).

Enfin, on peut recourir également aux *douches* locales.

B. — LUXATIONS DE L'ÉPAULE EN PARTICULIER

I. — LUXATIONS RÉCENTES

LUXATIONS EN AVANT ET EN DEDANS

A. Luxation sous-coracoïdienne.

Traitement.

Réduction par le *procédé de Kocher*.

Position.

Blessé assis sur une chaise en travers.

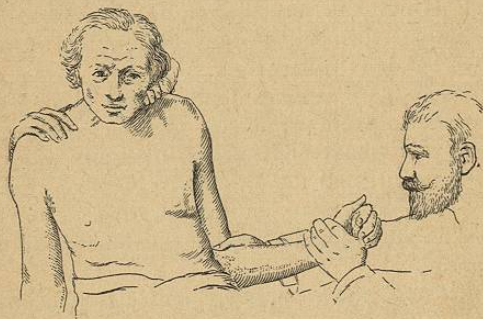


Fig. 329. — Procédé de Kocher; 2^e temps (Ricard et Launay).

Un *aide* quelconque debout, derrière le patient, applique ses mains sur les deux épaules, de façon à les maintenir et les refouler.

L'*opérateur*, en avant, du côté de la luxation, est accroupi pour les deux premiers temps, debout pour les autres.

Exécution.

1^{er} TEMPS. — *Coude amené au contact du tronc.*

D'une main, bien saisir le coude, de l'autre tenir l'avant-bras au-dessus du poignet : amener progressivement

et lentement le coude jusqu'au contact du tronc, tout en le refoulant un peu en arrière.

2^e TEMPS. — *L'avant-bras est porté dans le plan transversal du tronc (fig. 329).*

Le coude maintenu au tronc, porter le poignet du blessé

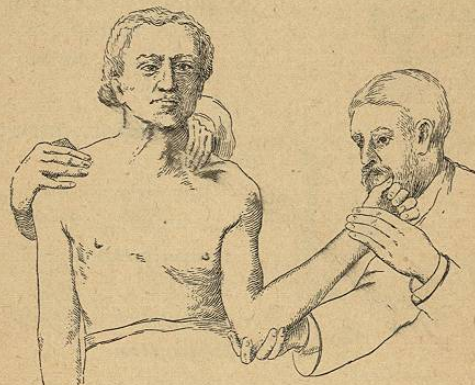


Fig. 330. — Procédé de Kocher; 3^e temps (Ricard et Launay).

en arrière jusqu'à ce qu'il soit dans le plan transversal du tronc.

Agir toujours lentement.

La réduction (signalée par un brusque ressaut et le changement de forme du moignon de l'épaule) s'opère parfois à ce moment, ou tandis que l'on passe au troisième temps.

3^e TEMPS. — *Élévation du coude en avant et en haut (fig. 330).* Les segments du bras étant dans la position précédente, soulever le bras en masse en avant et en haut, jusqu'à ce qu'il soit horizontal. La réduction peut s'opérer à ce moment. Si non, passer au temps suivant.

4^e TEMPS. — *Rotation en dedans (fig. 331).*

Tourner le bras en dedans, rabattre le poignet vers l'épaule du côté opposé.

En cas d'échec, recommencer en insistant surtout sur les 2^e et 3^e temps et en prolongeant la durée de ces temps.

Si l'on a encore un insuccès, recourir à la manœuvre de Mothe exposée ci-après.

B. Luxation intra-coracoïdienne.

Recourir d'emblée à la manœuvre de Mothe.

Préparatifs.

Matériel.

Une alèze pliée en cravate.

Réduction.

Position.

Le blessé est assis sur une chaise en travers.

Un premier aide quelconque maintient solidement les

deux chefs d'une alèze pliée en cravate et passant obliquement au-dessus de l'épaule luxée (fig. 332).

Un deuxième aide quelconque fixe solidement l'acromion.

L'opérateur, le pied droit sur la chaise, le genou dans l'aisselle du blessé, empoigne d'une main la partie inférieure du bras au-dessus des condyles et de l'autre maintient l'avant-bras fléchi.

Exécution.

1^{er} TEMPS. — Relever le bras dans l'abduction, doucement, progressivement, en tirant dans son axe, jusqu'à ce qu'il soit arrivé dans le prolongement de l'épine de l'omoplate. Tirer dans cette direction long-



Fig. 331. — Procédé de Kocher : 3^e temps (Ricard et Launay).

temps, progressivement, suivre des yeux la descente de la tête humérale vers l'aisselle.

La réduction peut se faire pendant ce temps.

2^e TEMPS. — Abaisser brusquement, d'un seul coup, le bras, en bas et en dedans, devant la poitrine.

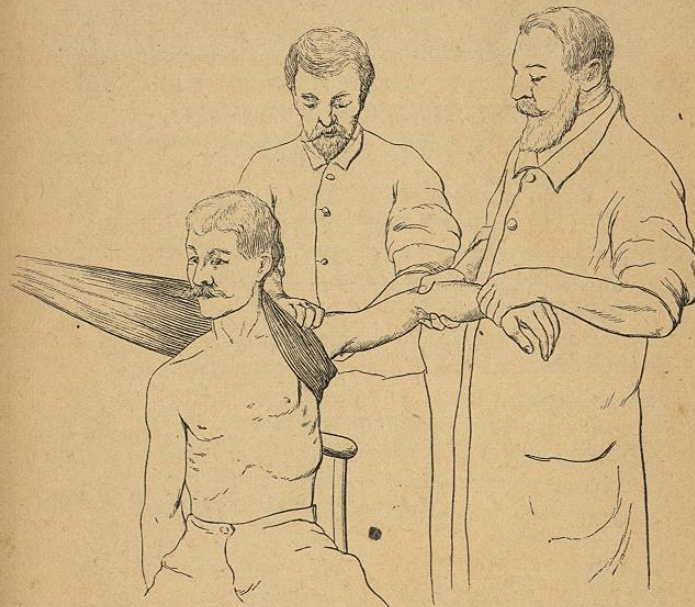


Fig. 332. — Luxation de l'épaule. Contre-extension par une alèze ne comprimant pas le thorax (Ricard et Launay).

Si la tête est loin et tend, dès qu'on ralentit la traction, à fuir de nouveau en dedans de la coracoïde, faire appliquer les deux mains du deuxième aide autour de l'extrémité supérieure de l'humérus, les doigts croisés; lui commander de tirer et résister en dehors, tandis que le coude est ramené en avant.

Si la luxation ne se réduit pas complètement, il se peut

qu'elle soit transformée en luxation sous-coracoïdienne. Il suffit alors de recourir à la manœuvre de Kocher.

C. Luxation sous-claviculaire.

Recourir au procédé de Mothe, en insistant sur la longueur du premier temps : tractions dans l'axe du bras placé d'abord à angle aigu, puis à angle droit, enfin à angle obtus (dans la direction de l'épine de l'omoplate).

LUXATION EN BAS (sous-glénoïdienne).

Employer le procédé de Mothe (p. 508), mais le blessé étant couché.

LUXATION EN HAUT (sous-acromiale).

Le blessé assis sur une chaise, faire des tractions, en suivant le procédé de Mothe, avec des mouvements de rotation.

LUXATIONS EN ARRIÈRE

Réduction.

Premier procédé.

Un *aide* maintient solidement l'épaule du blessé assis. Placé devant ce dernier, l'*opérateur* tirera sur le bras obliquement en bas, en avant et en dehors, en légère abduction; en même temps sera exagérée la rotation en dedans.

Ou bien :

Procédé de A. Nélaton.

Le coude légèrement écarté du tronc, un cachet d'impriméur est appliqué en arrière sur la tête humérale. Un coup de marteau sec sur le cachet réduit l'humérus.

Si l'on ne réussit pas par l'emploi de ces procédés on peut recourir encore au procédé de Th. Anger (p. 503). Enfin, en cas d'insuccès de toutes les méthodes précédentes, ou lorsqu'il y a de gros épanchements sanguins péri- ou intra-articulaires, ou des lésions osseuses concomitantes, il convient de tenter la *réduction sous*

l'anesthésie générale (au chlorure d'éthyle). La traction dans l'abduction suffit alors sans grand effort.

II. — LUXATIONS RÉCENTES COMPLIQUÉES

S'il existe une *fracture de la coracoïde*, de *l'acromion*, du *col de l'omoplate*, l'immobilisation dans l'écharpe de Mayor sera prolongée jusqu'à la consolidation de la fracture. Séances de massage quotidiennes.

En cas de *fracture de la diaphyse humérale*, après réduction de la luxation, appliquer une gouttière plâtrée sur l'humérus (p. 586) et immobiliser le bras dans l'écharpe.

La *fracture du col chirurgical* sera souvent difficile à réduire, même sous l'anesthésie générale. En cas d'échec, ou bien chercher la pseudarthrose utile par le massage (p. 505) et en immobilisant simplement dans une écharpe de Mayor, ou bien faire l'arthrotomie (extraction ou réduction de la tête) et immobiliser alors pendant trois semaines dans un appareil plâtré. Enfin, si l'*artère axillaire est déchirée complètement* (anévrisme traumatique) faire la compression du tronc artériel sur la première côte, puis inciser, au niveau de la tumeur anévrysmale, et lier les deux bouts (on profitera de cette ouverture pour propulser directement la tête mise à nu).

Les cas où l'artère axillaire est divisée *incomplètement* sont difficiles à diagnostiquer : la disparition du pouls radial peut être due à la compression du vaisseau par la tête luxée. Dans le doute, il vaut mieux faire la réduction par propulsion directe, sans exercer aucune traction et sous l'anesthésie générale. En cas d'échec, on pourrait être autorisé à conseiller l'arthrotomie, avec extraction de la tête.

Dans tous les cas, des *accidents gangréneux*, apparaissant dans les jours qui suivent l'accident, peuvent nécessiter l'amputation ou la désarticulation du membre à un niveau plus ou moins élevé.

III. — LUXATIONS ANCIENNES IRRÉDUCTIBLES

Chez les jeunes gens, on doit espérer un *assouplissement graduel et progressif*, que le massage et l'électrisation développeront. Mais, lorsque le blessé ne peut travailler, quand la présence de la tête en situation anormale donne des accidents de compression (vasculaire ou nerveuse), il faut chercher la réduction par les procédés sanglants, lorsque l'emploi des procédés de douceur n'a pas réussi.

C'est à l'*arthrotomie* avec réduction ou résection de la tête humérale qu'il convient de s'adresser. Cette intervention comporte un traitement post-opératoire long et minutieux.

Il semble que la *résection* donne, en tout état de cause, des résultats fonctionnels supérieurs à la simple réintégration de la tête dans la capsule.

LUXATIONS DU COUDE

La plus commune est la luxation des deux os en arrière. Elle se produit sous l'influence d'une cause indirecte (chute sur la paume de la main en flexion ou en extension).

Caractères. — Gonflement de la région, avant-bras raccourci et fléchi sur le bras à angle obtus : l'olécrâne fait une forte saillie en arrière, et il se produit un creux sous-épicondylien.

Diagnostic. — Examen des *trois points de repère* : épicondyle, épitrochlée et pointe de l'olécrâne : dans l'extension (ils sont sur la même ligne à l'état normal), la pointe de l'olécrâne est au-dessus de la ligne réunissant les deux os ; dans la flexion, la pointe de l'olécrâne (au lieu d'être dans le même plan que les deux autres repères) est bien plus en arrière.

Mouvements actifs impossibles ; passifs, arrêtés à la flexion à angle obtus (il est impossible de fléchir davantage) ; enfin, il existe des mouvements de latéralité.

S'assurer qu'il n'y a pas une fracture concomitante d'un des os du coude. En cas de doute, recourir à la radiographie.

Pronostic. — Favorable, sauf dans les cas de fracture concomitante, où il persiste souvent des raideurs articulaires et de la gêne des mouvements.

Traitement.

Les procédés de réduction varient suivant que la luxation est récente ou ancienne.

A. — LUXATION RÉCENTE (sans fracture).

Technique de la réduction.**Position.**

Blessé de préférence couché sur une table.

Un *aide* quelconque, face au blessé, tient dans ses mains l'avant-bras (extension).

Le *praticien* placé à la tête, du côté lésé, soulève le coude malade et des deux mains enserme le bras à la partie inférieure, en croisant les mains en avant, les pouces appliqués bout à bout en arrière sur le relief de l'olécrâne.

Exécution.

En même temps que l'aide tire fortement sur l'avant-bras dans l'axe longitudinal du bras, l'opérateur propulse l'olécrâne avec ses pouces et opère la contre-extension avec ses autres doigts.

L'aide fléchit progressivement l'avant-bras jusqu'au delà de l'angle droit, pendant que le praticien continue de propulser l'olécrâne.

On peut recommencer cette manœuvre deux à trois fois.

Si l'on échoue, agir comme dans le cas suivant.

B. — LUXATION ANCIENNE

Il s'agit d'une luxation sans fracture, datant de quelques jours.

Préparatifs.**Matériel.**

Une alèze.

Une écharpe simple.

Technique de la réduction.

Adapter au tiers inférieur du bras une anse de traction (alèze pliée en cravate dans la longueur) confiée à un aide (contre-extension), un autre aide tirant sur l'avant-bras fléchi (extension).