

Le praticien n'aura qu'à se préoccuper de faire descendre l'olécrâne.

Si l'on échoue, endormir le blessé au chlorure d'éthyle ou au chloroforme, la réduction s'opérera simplement. Après la réduction, immobiliser le bras fléchi à angle droit dans une écharpe simple.

**Suites.**

Commencer le massage dès qu'il n'existe plus ni gonflement, ni douleur, soit au bout de quatre à cinq jours environ. Faire tous les jours un massage du milieu de l'avant-bras au milieu du bras; bien exercer les pressions dans les gouttières latérales au fond desquelles se trouve la capsule articulaire.

Les mouvements passifs, puis actifs seront pratiqués à la fin de chaque séance.

L'écharpe sera enlevée vers le huitième jour.

**C. — LUXATION AVEC FRACTURE**

Si la réduction se maintient, immobiliser le membre en flexion dans l'écharpe comme plus haut pendant quinze jours; commencer le massage quotidien au bout du quatrième ou du cinquième jour, dès la cessation du gonflement et de la douleur, et remettre l'écharpe dans l'intervalle des massages.

Si, au contraire, la réduction ne se maintient pas, l'intervention chirurgicale est nécessaire. (Elle est hors du cadre de ce manuel).

**LUXATION EN AVANT DE LA TÊTE DU RADIUS**

Cette luxation en avant, est due à une cause généralement directe (chute sur le côté externe du coude, par exemple); parfois, elle relève d'une cause indirecte (traction sur le poignet, arrachement fréquent de l'extrémité supérieure du cubitus).

**Caractères.** — Avant-bras fléchi sur le bras à angle obtus; on sent en avant, la cupule du radius qui roule sous le doigt et en arrière, à 2 centimètres sous l'épicondyle, un vide.

L'extension est limitée, de même que la flexion.

**Pronostic.** — Présente une certaine gravité, à cause des diffi-

cultés de réduction et de contention. Les chances de réduction diminuent vite au bout d'un petit nombre de jours.

**Traitement.**

**Préparatifs.**

Une écharpe moyenne.

**Technique de la réduction.**

Le blessé est étendu sur une table dans le décubitus dorsal.

Un premier aide quelconque tient dans ses deux mains l'avant-bras en supination (extension) et l'attire à lui.

Un deuxième aide quelconque tient le bras (contre-extension).

L'opérateur, les pouces appliqués sur la tête luxée du radius, propulse directement cette tête en avant.

En cas d'échec essayer de la réduction sous l'anesthésie générale, au chlorure d'éthyle.

**Suites.**

L'avant-bras fléchi à angle droit est soutenu par une écharpe pendant quelques jours.

Commencer le massage au bout de deux ou trois jours et faire des séances quotidiennes pendant une dizaine de jours.

Lorsque les tentatives de réduction ont échoué, on peut chez l'adulte essayer de la résection de la cupule radiale. Mais chez l'enfant, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, le résultat ultérieur est bon, même sans intervention.

**LUXATIONS DES DOIGTS**

**I. — LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE**

La luxation peut être en arrière ou en avant.

Le pronostic est favorable dans l'un et l'autre cas.

**α) LUXATION EN ARRIÈRE (la plus fréquente).**

**Variétés.** — *Incomplète* (fig. 333). — Les os sésamoïdes sont encore sur le cartilage; les deux phalanges du pouce et le métacarpien forment un Z mal défini, le pouce luxé a sa longueur normale.

Complète (fig. 334). — Les sésamoïdes reposent sur la face dorsale :

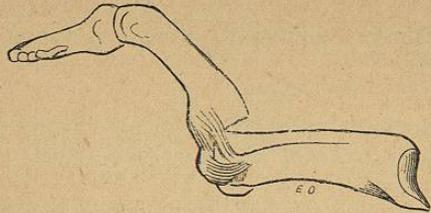


Fig. 333. — Luxation du pouce. Variété simple incomplète (Farabeuf).

déformation en Z très accentuée, la première phalange étant presque à angle droit sur le métacarpien, raccourcissement du pouce.

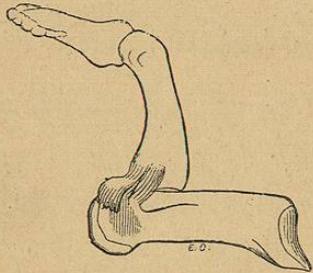


Fig. 334. — Luxation du pouce. Variété complète (Farabeuf).

Complexe (fig. 335). — Il y a interposition des sésamoïdes entre le dos du métacarpien et la phalange. Le pouce est dans la rectitude,

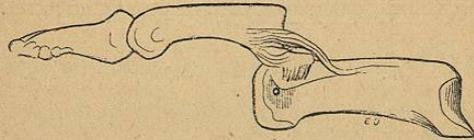


Fig. 335. — Luxation du pouce. Variété complexe (Farabeuf).

mais le doigt est raccourci et il y a augmentation du diamètre antéro-postérieur.

**Traitement.** — Les procédés de réduction diffèrent suivant qu'il s'agit d'une luxation incomplète, complète ou complexe.

**A. Luxation incomplète (fig. 333).**

**Réduction.**

Ne jamais essayer de fléchir le pouce.

1<sup>er</sup> TEMPS. — Saisir la phalange et la renverser en arrière.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Refouler d'arrière en avant et de haut en bas son extrémité antérieure.

**Suites.**

Repos de la main pen-

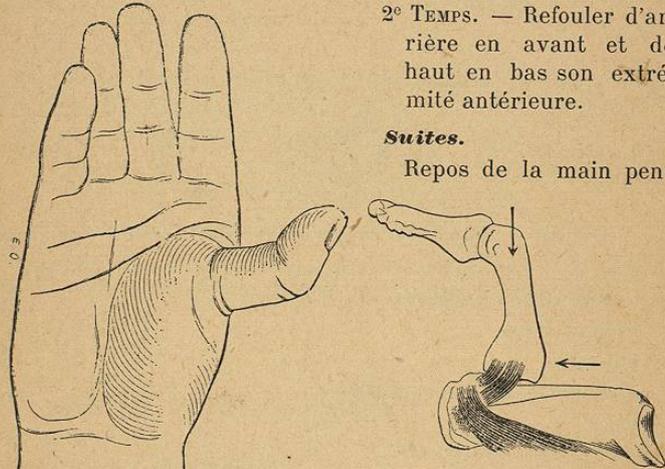


Fig. 336. — Luxation du pouce. Variété simple complète (Farabeuf).

Fig. 337. — Luxation simple complète. Réduction (Farabeuf).

dant quelques jours dans une écharpe ordinaire.

**B. Luxation complète (fig. 334 et 336).**

**Réduction.**

Ne jamais essayer de fléchir le pouce.

1<sup>er</sup> TEMPS. — Saisir le pouce qui est vertical et le récliner encore un peu en arrière.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Refouler d'arrière en avant et de haut en bas (fig. 337) son extrémité antérieure, sans quitter

le contact du métacarpien — jusqu'à la réduction annoncée par un soubresaut.

**Suites.**

Repos de la main pendant quelques jours dans une écharpe.

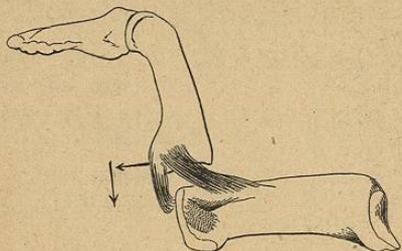


Fig. 338. — Luxation complexe. Réduction (Farabeuf).

**C. Luxation complexe (fig. 335).**

**Préparatifs.**

**Anesthésie.**

Générale : chlorure d'éthyle.

**Aide.**

Un pour l'anesthésie.

**Technique de la réduction.**

**Position.**

Blessé dans le décubitus dorsal.

Deux personnes quelconques tiennent fortement le bras et l'avant-bras du blessé (contre-extension).

L'aide maintient le métacarpien et essaie par une pression continue de faire la coaptation.

L'opérateur, ayant empoigné le pouce à pleine main tire ce dernier dans l'axe du métacarpien, jusqu'à lui donner sa longueur et même un peu plus (extension).

**Exécution (fig. 338).**

1<sup>er</sup> TEMPS. — Sans cesser de tirer dans l'axe, redresser la phalange à angle droit.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Faire glisser la phalange d'arrière en avant en la refoulant vers le métacarpien.

3<sup>e</sup> TEMPS. — Ayant été ainsi le plus loin possible en avant, abaisser le pouce sans le fléchir brusquement (fig. 338).

Cette manœuvre doit être exécutée lentement et complètement. On peut la renouveler deux ou trois fois, s'il est nécessaire.

**Suites.**

Immobilisation de la main une huitaine de jours, dans une écharpe ordinaire.

En cas d'insuccès, recourir à l'arthrotomie.

Dans les luxations anciennes irréductibles, se résoudre à la résection de la tête métacarpienne.

§) LUXATION EN AVANT

**Caractères.** — Raccourcissement du pouce, saillie de la tête métacarpienne sur la face dorsale.

**Traitement.**

**Préparatifs.**

**Anesthésie.**

Générale : au chlorure d'éthyle.

**Aide.**

Un pour l'anesthésie.

**Technique de la réduction.**

La contre-extension est faite par un aide quelconque qui maintient fortement l'avant-bras du blessé, dont la main repose à plat sur une table.

L'extension est pratiquée par un autre aide quelconque qui exerce des tractions sur le pouce.

L'opérateur appliquant ses mains autour de la jointure luxée refoule en avant et en dedans l'extrémité de la phalange, tandis que les autres doigts abaissent la tête métacarpienne en sens inverse.

**Suites.**

Repos de la main pendant quelques jours, dans une écharpe ordinaire.

## II. — LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DE L'UN DES QUATRE DERNIERS DOIGTS

Peut se produire en avant et surtout en arrière.

**Pronostic.** — Quand la luxation est réduite, les fonctions du doigt se rétablissent habituellement d'une manière complète.

### Traitement.

#### Technique de la réduction.

Le blessé est assis, la main reposant à plat sur une table, l'avant-bras et la main maintenus solidement par un aide quelconque.

1<sup>er</sup> TEMPS. — L'opérateur relève le doigt, le renverse en arrière, en appuyant son extrémité luxée sur le dos du métacarpien.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Le doigt est ramené en bloc d'arrière en avant.

En cas d'échec recommencer la manœuvre, après avoir anesthésié le blessé au chlorure d'éthyle en inhalations.

### Suites.

Repos de la main dans une écharpe simple, pendant quelques jours.

Si la réduction est impossible dans les luxations complètes, recourir à la ténotomie du ligament glénoïdien.

## III. — LUXATIONS DES PHALANGINES ET DES PHALANGETTES

### Technique de la réduction.

Blessé assis, main reposant à plat sur une table.

La *contre-extension* est faite par un aide quelconque qui maintient solidement la main.

L'*extension* est pratiquée par un autre aide quelconque qui tire sur l'extrémité du doigt.

L'opérateur saisit la phalange, les pouces en dessus, les index croisés en dessous et serrés fortement; l'extrémité luxée est ainsi propulsée et réintégrée.

### Suites.

Repos de la main pendant quelques jours dans une écharpe simple.

## LUXATIONS DE LA HANCHE

La luxation est due à des mouvements de flexion ou d'abduction forcés (chutes, etc...).

a) *L. en arrière et en haut, ou iliaque* (fig. 339) : adduction de la cuisse avec rotation interne; grand trochanter dépassant la ligne de Nélaton (page 600); pli fessier surélevé; la tête fémorale est dans la fosse iliaque externe; raccourcissement; abduction et rotation externe impossibles.

b) *L. ischiatique* (fig. 340). — Adduction avec rotation interne, pli

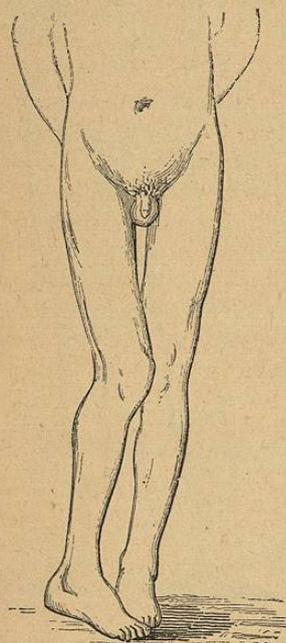


Fig. 339. — Luxation de la hanche. Variété iliaque (Ricard et Launay).



Fig. 340. — Luxation de la hanche. Variété ischiatique (Ricard et Launay).

fessier abaissé; tête fémorale au-dessus et en arrière de l'ischion. Impossibilité d'abduction et rotation externe.

c) *L. en avant.*

1) *Obturatrice* (fig. 341) : abduction, flexion et rotation en dehors. Par la palpation externe ou le toucher rectal, on peut sentir

la tête dans sa position ovale; impossibilité de rotation interne.

- 2) Ilio-pubienne (fig. 342): abduction, extension, rotation externe; fesse aplatie; pli fessier élevé; tête sous l'arcade crurale, au pli de l'aîne. Impossibilité d'adduction et rotation interne.

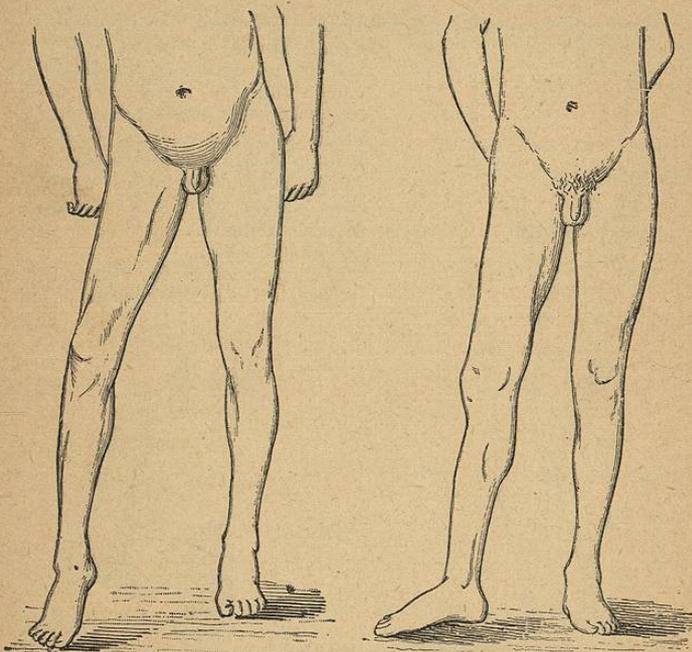


Fig. 341. — Luxation de la hanche. Variété obturatrice (Ricard et Launay).

Fig. 342. — Luxation de la hanche. Variété pubienne (Ricard et Launay).

**Diagnostic.** — Surtout avec fracture du col extra-capsulaire.

Caractères distinctifs de la luxation: âge jeune des sujets, traumatisme intense, raccourcissement plus grand que dans la fracture, impossibilité de correction de la rotation. La radiographie, mais surtout l'examen sous l'anesthésie générale, trancheront les difficultés.

**Pronostic.** — Peu grave. Réduction généralement aisée, à condition qu'elle soit précoce. Les récidives ne sont pas à craindre.

**Traitement.**

#### LUXATIONS RÉCENTES

##### A. Luxation iliaque ou en arrière et en haut.

1<sup>er</sup> PROCÉDÉ.

**Préparatifs.**

**Anesthésie.**

Générale: chlorure d'éthyle.

**Aide.**

Un pour l'anesthésie.

**Technique de la réduction.**

**Position.**

Blessé dans le décubitus dorsal sur un matelas étendu par terre.

Un ou deux aides quelconques s'appuient de tout leur poids sur les deux épines iliaques.

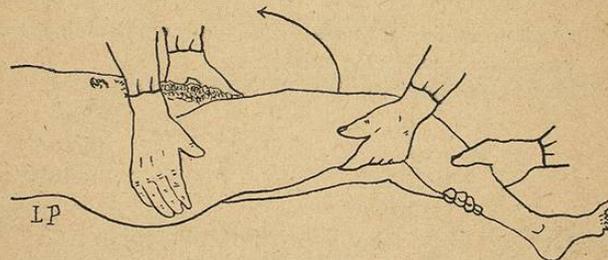


Fig. 343. — Luxation iliaque; 1<sup>er</sup> temps de la réduction. Flexion de la cuisse.

Le praticien est placé en avant et un peu sur le côté du membre luxé.

**Exécution.**

1<sup>er</sup> TEMPS. — Soulèvement et flexion de la cuisse (fig. 343). Une main étant placée sous le creux poplité, l'autre main saisit la jambe et la soulève en pliant la cuisse.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Traction en hauteur sur la cuisse (fig. 344).

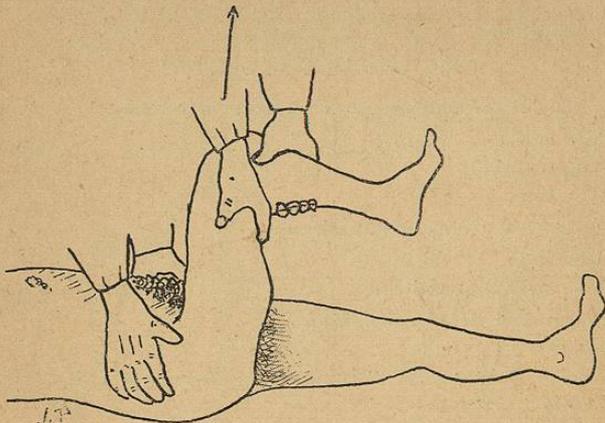


Fig. 344. — Luxation iliaque; 2<sup>e</sup> temps de la réduction.  
Traction en hauteur.

La cuisse fléchie à angle droit, tirer verticalement de bas en haut sur cette cuisse.  
La réduction peut s'opérer dans ce temps.

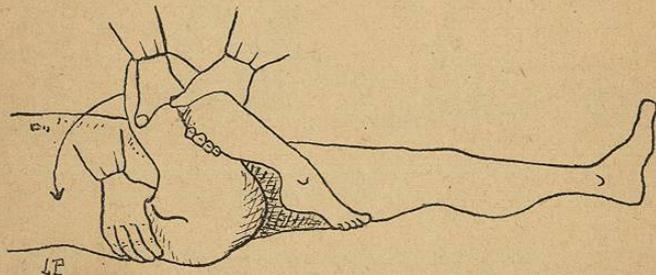


Fig. 345. — Luxation iliaque; 3<sup>e</sup> temps de la réduction.  
Abduction.

3<sup>e</sup> TEMPS. — Abduction (fig. 345) et rotation en dehors (fig. 346).

Ecarter un peu la cuisse en abduction et tout en tirant toujours verticalement sur elle, lui faire subir la rotation en dehors.

La tête rentre dans le cotyle.

En cas d'insuccès (luxation remontant à plusieurs jours,

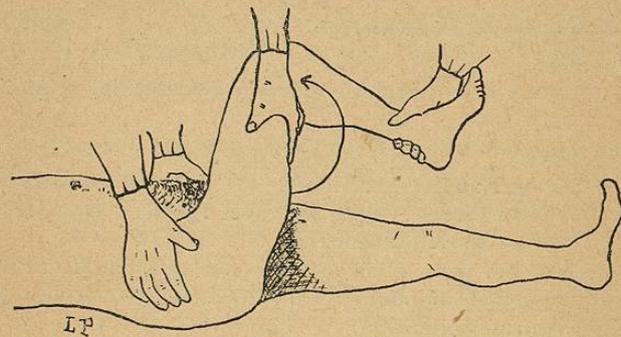


Fig. 346. — Luxation iliaque; 3<sup>e</sup> temps de la réduction.  
Rotation en dehors.

sujet fortement musclé, etc...), employer le procédé suivant.

#### 2<sup>e</sup> PROCÉDÉ.

##### **Préparatifs.**

##### **Matériel.**

Une bande ordinaire en toile, de 7 à 10 centimètres de largeur sur 4 à 5 mètres de longueur.

Une alèze ou serviette assez grande pliée en cravate.

Une bande ou un tube de caoutchouc.

Mettre une poulie à l'un des crochets du plafond (anneau de suspension, etc.). En cas de manque de crochets, se servir du haut d'une porte comme poulie de réflexion.

##### **Anesthésie.**

Générale : chlorure d'éthyle.

**Aide.**

Un pour l'anesthésie.

**Blessé.**

Assouplir au préalable la région par des mouvements de rotation interne, externe, adduction, etc...

**Technique de la réduction.****Position.**

Blessé dans le décubitus dorsal, sur un matelas étendu sur le sol.

**Exécution.**

Appliquer au tiers inférieur de la cuisse une *anse de traction* constituée (voy. p. 503) avec l'alèze, les bandes et le tube de caoutchouc.

S'arranger pour que le membre soit immédiatement au-dessous de la poulie, et que la traction se fasse bien verticale (extension).

Faire immobiliser le bassin par un *aide* (contre-extension.)

L'opérateur tirera sur l'extrémité descendante de la corde de traction pour soulever le membre et par suite la tête fémorale.

**Suites.**

Immobiliser le blessé, au lit, pendant *une quinzaine de jours*, tout en lui faisant faire, à partir du quatrième ou du cinquième jour, du massage des muscles de la fesse et de la cuisse, et surtout des mouvements passifs, puis actifs (flexion, extension, abduction, adduction, rotation et circumduction).

Dans les cas exceptionnels (fracture du sourcil cotyloïdien), où la réduction aurait tendance à se reproduire, faire de l'extension continue pendant plusieurs semaines (voy. fracture de la cuisse, p. 594).

**B. Luxation ischiatique.**

Mêmes manœuvres que précédemment.

**C. Luxations en avant.****1. OVALAIRE.****Préparatifs.****Anesthésie.**

Générale : chlorure d'éthyle.

**Aide.**

Un pour l'anesthésie.

**Technique de la réduction.****Position.**

Blessé dans le décubitus dorsal sur un matelas étendu par terre.

Un *aide* quelconque appuie de tout son poids sur les deux épines iliaques antéro-supérieures (contre-extension).

Le *praticien* [se place en avant et un peu sur le côté du membre luxé. Il saisit la cuisse du côté blessé (extension).

**Exécution.**

1<sup>er</sup> TEMPS. — Flexion de la cuisse (comme p. 523).

2<sup>e</sup> TEMPS. — Traction en hauteur, sur la cuisse (comme p. 524).

3<sup>e</sup> TEMPS. — Adduction et rotation interne : porter le genou en dedans et la jambe en dehors.

**Suites.**

Les mêmes que pour la luxation iliaque (p. 526).

**2. ILIO-PUBIENNE.****Préparatifs.**

Comme précédemment.

**Technique de la réduction.****Position.**

Blessé, aide, opérateur, comme précédemment.

**Exécution.**

1<sup>er</sup> TEMPS. — Prendre la cuisse, la soulever et la porter en

dehors le plus loin possible : la tête s'abaisse, la luxation devient ovale.

2° TEMPS. — Flexion de la cuisse.

3° TEMPS. — Traction en hauteur.

4° TEMPS. — Adduction et rotation interne.

**Suites.**

Les mêmes que pour la luxation iliaque (p. 526).

**D. Luxations irréductibles.**

Certains malades peuvent, grâce au massage, aux mouvements forcés, à l'électrisation, finir par marcher sans fatigue, bien qu'en boitant. Mais le plus souvent, il persiste une impotence considérable, de vives douleurs, etc.

Aussi, après un échec absolu de la réduction dans une luxation récente, convient-il de conseiller l'*arthrotomie précoce* avec remplacement ou résection de la tête, après avoir laissé le blessé se reposer pendant quinze jours à trois semaines.

LUXATIONS ANCIENNES

On peut réduire des luxations de la hanche par les méthodes de douceur, même au bout de deux à trois mois.

Quand ces méthodes ont échoué, si le *membre est en bonne position*, que le travail et la marche ne semblent pas fort gênés, s'il y a peu de douleurs à la déambulation, l'abstention est préférable.

Dans le cas où il existe des *douleurs vives* (compression du sciatique) des *troubles trophiques*, une gêne considérable dans la marche, il faut recourir à l'*arthrotomie* avec résection de la tête fémorale, à l'ostéotomie ou l'ostéoclasie, suivant les cas.

LUXATIONS DU GENOU

C'est la position du tibia qui sert à désigner le sens de la luxation.

**Étiologie.** — Chocs directs ou action indirecte (extension forcée de la jambe dans la chute sur les pieds).

**Variétés et caractères.** — 1° **L. en avant** (fig. 347). — Consécutif à l'extension forcée de la jointure. Au lieu de la saillie rotulienne, on constate une tumeur volumineuse (extrémité supérieure du tibia) surmontée d'une dépression profonde. L'axe du fémur

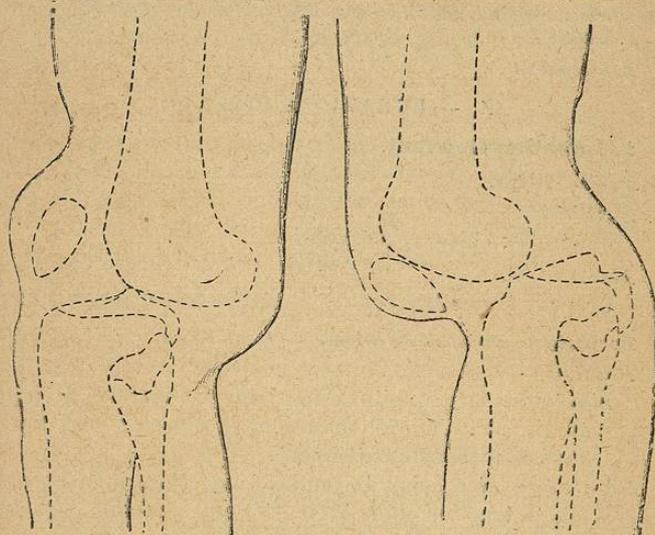


Fig. 347. — Luxation du genou en avant (Ricard et Launay).

Fig. 348. — Luxation du genou en arrière (Ricard et Launay).

passé en arrière de celui de la jambe. Creux poplitée effacé. Impotence du membre, mouvements de latéralité.

**Complications :** déchirure des téguments de la région poplitée par les condyles fémoraux, rupture de la veine ou de l'artère poplitée (membre froid, insensible, plus de battements de la pédieuse, creux poplitée rempli d'une collection sanguine), étirement ou rupture du sciatique poplitée externe (troubles trophiques).

**Pronostic** bénin, à moins de lésion de l'artère (amputation) ou des nerfs (ulcérations de la peau, atrophie des muscles).

2° **L. en arrière** (fig. 348). — Plus rare que la précédente (choc direct de la partie supérieure et antérieure de la jambe) : **jambe en extension** ou peu fléchie ; les condyles fémoraux se dessinent en

avant, avec dépression au-dessous d'eux. En arrière le tibia proémine dans le creux du jarret.

*Pronostic* bénin, à moins de complication vasculaire ou nerveuse.

3° **L. latérale.** — Plus rare encore, elle est incomplète (chute sur les pieds, chocs latéraux). On constate tantôt en dedans, tantôt en dehors, une saillie anormale du tibia distendant les téguments.

*Pronostic* bénin.

#### Traitement.

#### A. -- LUXATIONS SIMPLES

##### 1. Luxation en avant.

#### Préparatifs.

##### Anesthésie.

Générale : chlorure d'éthyle.

##### Aide.

Un pour l'anesthésie.

#### Technique de la réduction.

##### Position.

Blessé dans le décubitus dorsal sur un matelas étendu sur le sol. Un *aide* maintient la cuisse à son tiers supérieur (contre-extension).

Un autre *aide* saisit la jambe à son tiers inférieur et fait la traction dans l'axe, le plus possible dans la rectitude (extension).

##### Exécution.

L'opérateur empaume de chaque main les condyles fémoraux d'une part, le plateau tibial d'autre part et les refoule en sens inverse, l'un vers l'autre.

*En cas d'échec*, se placer en dehors et en arrière; une serviette pliée en cravate passe autour des condyles fémoraux et vient se nouer autour du cou de l'opérateur qui fait effort pour relever les condyles, tandis que les mains appuyées sur le plateau tibial cherchent à le repousser en arrière.

#### Suites.

Repos au lit pendant une *quinzaine de jours*, le membre

mis en bonne position dans une gouttière. Surélever légèrement l'extrémité du membre par un coussin (pour faciliter la circulation). Au bout du *troisième ou du quatrième jour* commencer le massage. Le sujet dans le décubitus dorsal, le genou légèrement fléchi, exécuter les pressions du milieu de la jambe jusqu'à la racine de la cuisse (fonctionnement du quadriceps).

##### 2. Luxation en arrière.

Manœuvres analogues à celles qui précèdent, mais plus prudentes à cause de l'artère tibiale tendue sur le bord postérieur du plateau tibial. L'extension sera faite dans l'axe de la jambe, en veillant bien à *ne pas relever le pied*, et en cherchant au contraire à fléchir peu à peu le genou jusqu'à réduction.

##### 3. Luxations latérales.

Procéder comme pour la luxation en avant, mais au lieu de faire la coaptation dans le sens antéro-postérieur, la faire dans le sens vertical.

#### B. — LUXATIONS COMPLIQUÉES

*Rupture de l'artère poplitée sans plaie extérieure* (membre froid, insensible, plus de battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse; creux poplité rempli par une collection sanguine). Si, après réduction de la luxation sous l'anesthésie générale, l'aspect du membre est le même, une intervention est nécessaire.

Après les précautions antiseptiques d'usage enrouler la bande d'Esmarch, inciser le creux poplité assez largement, nettoyer les caillots, et chercher les bouts des vaisseaux coupés pour les lier.

Mais parfois la *rupture vasculaire n'est pas aussi évidente*, on reste dans le doute; envelopper alors tout le membre d'une couche épaisse d'ouate et le mettre au repos absolu en bonne position.