

La guérison peut [se produire ainsi ou, au contraire, la gangrène peut apparaître.

Dans ce dernier cas, une fois la limitation du sphacèle opérée, recourir à l'amputation.

S'il existe une *plaie dans le creux poplité*, après désinfection soignée de cette plaie (débridée, au besoin, et drainée) réduire, appliquer un pansement aseptique et immobiliser le membre dans un appareil plâtré ou une gouttière ordinaire, en surveillant les réactions locales et l'état général.

S'il y a de la *suppuration*, agir comme pour les plaies articulaires infectées (p. 539) et tenter la conservation.

En cas de plaie fortement souillée, de *rupture totale* des vaisseaux poplités, si le membre demeure froid, pâle et sans battements vasculaires, procéder sans retard à l'amputation.

#### LUXATION DE LA ROTULE

Fort rare; la plupart du temps, luxation en dehors.

Due à un traumatisme direct, ou à une contraction musculaire brusque.

**Caractères** de la luxation complète: douleur vive, jambe en demi-flexion, mouvements actifs impossibles. Diamètre transverse du genou augmenté, antéro-postérieur diminué. On peut sentir nettement la rotule à la face externe du condyle externe, son plan antérieur regardant en dehors, le bord interne en avant et un peu en dedans.

Dans la luxation verticale externe, on note: extension de la jambe ou demi-flexion, augmentation du diamètre antéro-postérieur du genou: saillie antérieure pyramidale de la rotule dont le bord interne appuie sur la rainure intercondylienne, l'externe soulevant la peau.

**Pronostic.** — Bénin, mais récurrences fréquentes. Au bout de quelque temps la marche peut redevenir possible, mais ces terminaisons heureuses sont rares: souvent il se produit une demi-ankylose du genou et il persiste une gêne considérable de la marche.

#### Traitement.

##### Technique de la réduction.

##### Position.

*Sujet* dans le décubitus dorsal.

Un *aide* soulève le talon du blessé et fléchit sa cuisse sur le bassin (le membre étant en rectitude complète) jusqu'à l'angle droit (pour relâcher le triceps).

##### Exécution.

Le praticien embrassera le genou avec les mains. Les pouces refouleront progressivement la rotule en avant et en dedans, (luxation verticale externe); ou, pénétrant sous la rotule, ils la relèveront en masse et lui feront passer la crête condylienne externe (luxation transversale); ou ils la feront basculer (luxation de champ), après que l'on se sera bien assuré de sa situation exacte.

*En cas d'échec* plusieurs fois répété, recourir à l'anesthésie générale.

Si *nouvel échec*, réduction à ciel ouvert.

##### Suites.

Repos au lit pendant une *huitaine de jours*, massage pendant ce temps. Continuer les massages *pendant un mois*.

Dans les luxations *récidivantes*, on est autorisé à proposer l'intervention sanglante.

#### LUXATIONS DU PIED

**Variétés.** — a) L. DU PIED EN DEDANS. — La plus fréquente (chute sur la plante du pied ou coup porté directement sur la région interne de la jambe, torsion du pied en dedans). Souvent coexistence de plaie, fracture du péroné, du tibia.

b) L. EN DEHORS. — Mêmes conditions étiologiques que la variété précédente, si ce n'est que le coup a porté en dehors et que la torsion du pied s'est faite en dehors. D'habitude, fracture concomitante du péroné à 5 ou 6 centimètres au-dessus des malléoles, arrachement de la malléole interne.

c) L. EN ARRIÈRE. — Très rare. Extension violente de la jambe, le pied étant fixé (sous un corps pesant, par exemple).

d) L. EN AVANT. — Très rare. Due à une flexion forcée. D'habitude fracture concomitante de la malléole interne.

**Pronostic.** — Peu grave; réservé dans les déplacements en arrière, à cause des difficultés de réduction et de contention.

## A. — LUXATIONS SIMPLES

## A. Luxation en dedans.

**Préparatifs.***Anesthésie.*

Générale : chlorure d'éthyle.

*Aide.*

Un pour l'anesthésie.

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

*Sujet* étendu dans le décubitus dorsal sur une table, la jambe débordant la table.

*Un premier aide* quelconque tient la jambe fléchie à angle droit sur le genou (pour relâcher le triceps sural).

*Un deuxième aide* quelconque saisissant le pied avec ses deux mains, l'une autour du talon, l'autre autour de la région métatarsienne, fléchit le pied progressivement et le repousse de dedans en dehors.

*Opérateur* placé en dehors, une main sur le devant du pied, l'autre sur la plante, les pouces sur la malléole externe.

*Exécution.*

Tandis que les doigts refoulent le pied vers l'opérateur, les pouces font effort en sens inverse.

**Suites.**

Repos au lit pendant *quinze jours*, le membre immobilisé dans une gouttière de fil de fer remontant à mi-jambe.

Massage au bout du *quatrième jour*. Recourir également aux bains locaux très chauds tous les jours, avant de procéder au massage. Supprimer la gouttière le plus tôt possible.

## B. Luxation en dehors.

Même manœuvre que la précédente, sauf qu'elle est exercée de dehors en dedans, au lieu de l'être de dedans en dehors.

## C. Luxation en arrière.

**Préparatifs.***Matériel.*

Appareil plâtré (p. 564).

*Anesthésie.*

Générale : chlorure d'éthyle.

*Aide.*

Un pour l'anesthésie.

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

*Blessé* dans le décubitus dorsal sur une table.

*Un premier aide* quelconque tient la jambe fléchie à angle droit sur le genou, en même temps qu'appuyée sur le bord de la table par sa face postérieure, au-dessus du cou-de-pied.

*Un deuxième aide* quelconque saisissant le pied avec ses deux mains, l'une autour du talon, l'autre autour du métatarse, attire le talon d'arrière en avant, tout en fléchissant progressivement le pied.

*Opérateur*, en dehors, les mains croisées sous le talon, les pouces appuyés en avant sur la partie inférieure de la jambe ou sur la tête astragalienne.

*Exécution.*

Chercher à rapprocher les doigts croisés des pouces, en faisant effort en sens inverse.

En cas de luxation sous-astragalienne il peut être nécessaire de recourir à l'artifice suivant (Lejars) : application de la plante du pied sur la poitrine de l'opérateur, de façon à ce que le pied soit fortement fléchi pendant les manœuvres de réduction.

**Suites.**

Comme la contention est très difficile, il est utile de placer un appareil plâtré (p. 564), une fois la réduction complète obtenue. Cet appareil sera enlevé *au bout de quinze jours*. Alors commencera le massage.

**D. Luxation en avant.**

Manœuvre analogue à la précédente, sauf que les mouvements sont faits d'avant en arrière.

**B. — LUXATIONS COMPLIQUÉES**

Il existe une plaie au niveau de la région de la luxation.

**Traitement.****Préparatifs.**

1° Du traitement des plaies en général (page 107).

**[Anesthésie.]**

Générale : chloroforme ou éther.

**Aides.**

Au moins deux (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564).

**Opération.****Position.**

Blessé dans le décubitus dorsal, le membre inférieur en position favorable.

**Exécution.**

1° *Agrandir la plaie* par une incision large pour mettre à jour toute la région du traumatisme.

2° *Irriguer et laver abondamment* à l'eau bouillie très chaude ou à l'eau oxygénée. Nettoyer tous les recoins.

3° *Réduire* la luxation.

4° *Drainer* avec un ou plusieurs drains placés dans la partie inférieure de la ou des plaies et allant jusqu'au fond de l'articulation.

**Pansement.**

Aseptique sec, remontant jusqu'au genou et prenant tout le pied, et immobilisation dans un appareil plâtré maintenant la jointure en bonne position.

**Suites.**

Injection de sérum antitétanique *le jour même de l'opération* (10 c. c.), à renouveler le surlendemain et le 10<sup>e</sup> jour.

S'il n'y a pas de réaction, changer le pansement au bout du *quatrième ou cinquième jour*, et enlever le drain. Remettre un pansement aseptique et placer le membre dans la gouttière plâtrée.

S'il se déclare de la *fièvre* ou de la *douleur locale*, bref des symptômes d'infection, agir comme pour plaie articulaire infectée (p. 539).

Si le membre ne peut être sauvé, essayer de la résection.

Si cela ne suffit pas, la dernière ressource est l'amputation.

**C. — LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES**

Réséquer l'astragale au plus tôt.

**LUXATIONS DU MÉTATARSE**

Il s'agit, la plupart du temps, d'une luxation de la tête métatarsienne en haut, au-dessous du tarse. Relativement fréquente, à la suite des chutes de cheval sur la pointe des pieds en extension.

**Caractères.** — Outre la douleur et l'impotence du membre, saillie anormale du dos du pied avec aplatissement de la plante. Le relief dorsal se termine d'une façon abrupte du côté du talon. Le diamètre vertical du pied est plus ou moins augmenté, les tendons extenseurs soulevés paraissent tendus sous la peau. Le raccourcissement est variable.

**Pronostic.** — La réduction échoue dans plus du quart des cas, et alors il persiste une gêne plus ou moins accentuée de la marche et des douleurs.

**Traitement.****Préparatifs.****Matériel.**

Appareil plâtré (p. 564) formé d'une attelle postérieure remontant à mi-jambe, avec bracelet dorsal.

**Anesthésie.**

Générale : chlorure d'éthyle.

**Aides.**

Deux, dont un pour l'anesthésie.

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

*Sujet* dans le décubitus dorsal sur un lit.

*Un premier aide* quelconque fixe solidement le talon et le cou-de-pied (contre-extension).

*Un deuxième aide* quelconque tire fortement et d'une façon continue sur l'extrémité du pied saisi à pleines mains (extension).

*L'opérateur* a les doigts croisés sous la plante du pied, les pouces sur la face dorsale au niveau du déplacement.

**Exécution.**

Les pouces exercent un mouvement de propulsion en avant et en bas sur la base des métatarsiens, tandis que les autres doigts agissent en sens inverse sur les cunéiformes et le cuboïde.

**Pansement.**

Immobiliser le pied à angle droit à l'aide d'une attelle plâtrée postérieure avec bracelet dorsal au niveau de l'interligne de Lisfranc.

**Suites.**

N'enlever l'appareil qu'au bout de *douze jours*. Commencer alors le massage. Si la luxation se reproduisait — ce qui arrive souvent — ne pas s'en préoccuper et rendre au membre ses fonctions par le massage.

On pratiquera le massage du bout des orteils jusqu'au genou, et on s'attardera, en arrière, à la face postérieure du tendon d'Achille et, en avant, aux tendons extenseurs. Au bout de quelques jours, on entreprendra des mouvements passifs (flexion, extension, pronation, supination et circumduction) et plus tard des mouvements actifs, auxquels on opposera finalement de la résistance.

## LUXATIONS DES ORTEILS

Même traitement que pour les doigts (p. 515).

## PLAIES DES ARTICULATIONS

**Diagnostic.** — Fondé sur l'écoulement de synovie, la profondeur de la pénétration, la direction de l'instrument vulnérant. Dans les cas douteux (plaies étroites) mieux vaut tenir la blessure pour pénétrante. S'abstenir d'exploration au stylet.

**Pronostic.** — Réservé (infection articulaire ou générale, toujours possible).

**Traitement.**

A. **Plaies étroites** (piqûre, coup de poinçon, coup de feu).

Le traitement sera le même que pour la plaie simple par instrument piquant (p. 115). De plus, le membre sera immobilisé dans une gouttière de fil de fer bien garnie d'ouate, ou, s'il s'agit d'une articulation importante, dans un appareil plâtré.

**Suites.**

S'il n'y a *pas de température ni de réaction locale* dans les six jours qui suivent, enlever le pansement, le remplacer par une bande. — Employer la compression, la révulsion ou la ponction, en cas d'épanchement séreux.

Si la *température monte légèrement*, si la région se tuméfie, devient douloureuse, il peut s'agir d'une arthrite traumatique séreuse ou séro-fibrineuse. Il est indiqué de vider la synoviale par une ponction aspiratrice (avec l'appareil de Potain), sans la laver.

Si, au contraire, la *température est élevée*, les douleurs très vives, la tension considérable, il s'agit d'une arthrite suppurée; il faut faire l'*arthrotomie* (p. 557). Nettoyer consciencieusement tous les culs-de-sac ou diverticules au moyen de tampons ouatés qui enlèvent tous les dépôts et exsudats siégeant à la face interne de la séreuse. Laver la synoviale avec la solution de chlorure de zinc à 5 p. 100. Etablir des *contre-ouvertures* multiples, dans l'axe des membres;

passer un drain dans chacune d'elles. S'arranger pour que le drainage s'exerce aux points les plus déclives quand le blessé sera couché. Ne pas suturer. Appliquer un pansement aseptique sec.

Immobiliser ensuite le membre en bonne position dans un *appareil plâtré* (p. 564), pendant au moins un mois. La guérison de l'arthrite obtenue, les plaies cicatrisées, commencer le massage, l'électricité, les douches sulfureuses.

Ultérieurement, on pourra recourir avantagement aux eaux thermales : Aix-les-Bains, Bourbonne, Bourbon-Lancy.

#### B. Plaies larges (instruments tranchants).

##### Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

##### [Anesthésie.

Générale : chloroforme ou éther.

##### Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564), s'il s'agit d'un membre.

##### Opération.

##### Position.

Décubitus dorsal.

##### Exécution.

Agrandissement de la plaie au bistouri ou aux ciseaux. Nettoyage de l'articulation avec de l'eau bouillie chaude en abondance. Détersion minutieuse de la cavité avec des compresses stérilisées.

Laisser un drain à l'angle inférieur de la plaie. Suturer séparément le reste de la capsule et la peau, en ménageant la place pour le passage du drain.

##### Pansement.

Aseptique sec et immobilisation dans un appareil plâtré, s'il y a lieu.

##### Suites.

Surveiller attentivement l'état local et l'état général. Si tout va bien, enlever le ou les *drains* le plus tôt possible (au bout de dix à quinze jours) et commencer à mobiliser le membre, une fois la plaie fermée (environ quatre semaines après le traumatisme).

Le traitement *consécutif* (massage, électrisation, etc.) sera le même qu'à la suite de l'arthrotomie.

Si la *fièvre* se déclare, si des phénomènes douloureux se développent, procéder à l'arthrotomie (p. 537).

#### OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE (ou ostéo-synovite fongueuse).

Ce sont des lésions tuberculeuses dont le début est presque toujours une ostéite, la jointure ne se prenant que dans un second temps (Lannelongue).

**Caractères.** — Début sourd, insidieux. — Des douleurs apparaissent spontanées et à la pression au niveau des os. Les mouvements deviennent difficiles, parce que douloureux. L'article augmente de volume, des attitudes vicieuses se produisent. Les fongosités donnent l'impression de la fluctuation (fausse fluctuation).

##### Traitement.

Ne pas oublier le traitement général (p. 347).

Le traitement local consiste dans l'emploi de la *méthode sclérogène* (de Lannelongue). Principe de la méthode : grâce à l'injection d'une solution de chlorure de zinc dans la zone saine la plus voisine des fongosités, des néoplasmes tuberculeux, déterminer la sclérose de cette couche périphérique et enrayer ainsi le processus extensif de la lésion.

##### Manuel opératoire.

S'il s'agit d'injection sur des membres plus ou moins déviés, il est indispensable de redresser au préalable ces membres et de leur conserver une bonne attitude, grâce à un appareil plâtré ou autre, maintenu pendant la période de réaction de l'injection.