

un grand nombre de luxations de l'épaule. Le plus souvent, on attirait le membre horizontalement, et pendant qu'on opérât les tractions, on se servait du bras comme d'un levier pour faire pénétrer la tête humérale dans la cavité glénoïde ; une main saisissait le bras par sa face interne et servait de point d'appui, tandis que l'autre main exerçait une pression sur la face externe de l'extrémité inférieure de ce même bras. Souvent la réduction n'était obtenue que difficilement par ce procédé ; aussi la force de traction fut-elle remplacée ensuite soit par des mouffes, soit par des appareils particuliers jouissant d'une grande puissance d'extension (MENNEL, SCHNEIDER-MENNEL).

En 1812, MOTHE fit connaître son procédé d'extension en direction verticale, et bientôt la plupart des chirurgiens suivirent son exemple. MOTHE faisait asséoir le blessé sur une chaise basse, et appliquait sur son épaule une serviette étroitement pliée qui servait à fixer l'omoplate et le corps du malade ; des aides assis à terre étaient chargés d'exercer des tractions de haut en bas sur les deux extrémités de la serviette. Un autre aide assis du côté sain du patient, attirait à lui les deux chefs d'un mouchoir entourant le thorax. Le chirurgien lui-même montait sur une chaise placée à côté du blessé, et saisissant le membre luxé au niveau de l'articulation du coude, il l'élevait jusqu'au devant de la tête de façon à lui donner une direction verticale ; puis il laissait retomber le bras. Le chirurgien pouvait aussi se tenir seul en arrière du patient, et attirer le bras de bas en haut, pendant qu'il pratiquait la contre-extension en appuyant son pied sur l'acromion.

Un moyen de réduction dont l'efficacité n'a été reconnue que dans le siècle actuel, est celui qui consiste à imprimer à la tête humérale des *mouvements de rotation* par l'intermédiaire du bras fléchi à angle droit, mouvements qui sont exécutés seuls ou en combinaison avec l'extension et l'élévation. MALGAIGNE conseillait la rotation en dedans, que ROSER et la plupart des chirurgiens modernes emploient à côté de l'extension et comme dernier temps de l'opération. Il suffit de faire des essais de réduction sur le squelette pour s'assurer que la rotation en dedans a certainement pour effet de ramener la tête humérale dans la cavité glénoïde. Cependant la rotation en dehors préconisée d'abord par SYME, a été de nouveau, sur le conseil de SCHINZINGER, beaucoup employée dans ces derniers temps, surtout en Allemagne. Les remarques suivantes nous permettront de résoudre cette contradiction apparente. Tout d'abord la méthode de SCHINZINGER, surtout dans les luxations anciennes, constitue un moyen puissant de mobilisation de la tête humérale, si puissant même qu'il conduit parfois au delà du but, c'est-à-dire qu'il produit alors une fracture du col de l'humérus (BARDELEBEN entre autres). Mais employé avec douceur dans les luxations récentes, il a pour effet de relâcher la partie supérieure tendue de la capsule et avant tout le ligament coraco-huméral, avant le mouvement de réduction proprement dit consistant dans la rotation en dedans. Toutefois, d'après mes expériences sur le cadavre, le relâchement du ligament en question est obtenu encore plus sûrement par l'élévation du bras.

La rotation forcée en dehors, suivant la méthode de SCHINZINGER, se pratique de la manière suivante : un aide appliquant les mains croisées sur l'acromion, abaisse et fixe l'omoplate, puis le membre luxé étant fléchi et appliqué contre le thorax, le chirurgien le saisit d'une main, au niveau du coude et se sert de l'avant-bras comme d'un long bras de levier pour imprimer à l'humé-

rus et, par conséquent, à la tête humérale un mouvement énergique de rotation en dehors ; ce mouvement doit être assez étendu pour que la face interne du bras devienne antérieure. L'opérateur refoule ensuite un peu le bras de bas en haut et exécute le mouvement de rotation en dedans, pendant qu'un aide tient plusieurs doigts appliqués sur la tête humérale, afin d'empêcher qu'elle ne fuie en dehors du bourrelet glénoïdien.

Le procédé le plus compliqué, au point de vue des différents mouvements destinés à opérer la réduction, c'est celui de KOCHER. A ce chirurgien revient le mérite d'avoir tout particulièrement insisté sur le maintien de la luxation en avant par la tension du ligament coraco-huméral. Sa méthode de réduction diffère suivant que l'obstacle est dû à la tension de la partie antérieure du ligament s'insérant à la petite tubérosité ou de la partie postérieure s'insérant à la grosse tubérosité, distinction qui, pour KOCHER, correspond aux formes sous-coracoïdienne et axillaire de luxations de l'épaule. Dans le premier cas, c'est tout d'abord une rotation en dehors qu'il faut imprimer au bras appliqué contre le tronc. Ce mouvement rapproche du rebord glénoïdien la tête humérale qui se meut autour du point d'appui immobile fourni par le ligament, grâce à la tension de ce dernier. Puis vient l'élévation du bras, dans le plan vertical et finalement la rotation en dedans pendant que le bras est ramené contre le thorax. — Dans la luxation axillaire il faut tout d'abord opérer des tractions sur le membre en abduction, puis imprimer au bras un mouvement de rotation en dehors et le ramener finalement en adduction.

26. — Nous avons déjà rappelé, au commencement du paragraphe précédent, qu'avant de passer à des tentatives plus sérieuses de réduction, il est toujours bon d'essayer, tout d'abord, l'effet d'une pression directe légère, puis d'exercer, sans y mettre de la force, une traction dans la direction même du bras luxé. Très souvent on obtient ainsi, comme en se jouant, la réduction de la luxation. Si ces premiers essais échouent, on fera bien d'établir, dans tous les cas, l'anamnèse avec toute l'exactitude possible, et l'on cherchera à réduire la tête humérale en lui faisant parcourir, en sens inverse, le trajet qu'elle a suivi au moment de la luxation. Les moyens employés dans ce but consistent toujours, soit à ramener par rotation ou refoulement la tête articulaire dans la cavité glénoïde, après relâchement de certaines parties tendues, surtout de la capsule, qui maintiennent la tête luxée dans sa position anormale, soit à exercer d'abord une traction destinée à allonger les parties en question, au-dessous desquelles on fait pénétrer de force la tête humérale dans la cavité articulaire. Dans la luxation en avant la fixation est due toujours à la tension du segment supérieur de la capsule ou des parties en relation avec cette dernière ; c'est avant tout le ligament coraco-huméral qui joue ici un rôle important ; plus rarement la fixation est due à la tension du tendon du biceps et des parties correspondantes de la capsule. Enfin, il est certainement très rare que l'obstacle à la réduction reconnaisse comme cause l'étroitesse de la déchirure de la capsule, ou l'interposition de parties déterminées de la capsule ou des tendons environnants.

La tension musculaire ayant été éliminée par l'emploi du chloroforme, on procède à la réduction de la manière suivante : supposons d'abord que l'on ait affaire à une luxation en avant ; on fait coucher le malade horizontalement sur une table, et dans le cas où des données anamnestiques précises feraient défaut, on cherche à opérer la réduction dans l'hyperabduction du membre, c'est-à-dire dans la position qu'il affecte le plus souvent, au moment de l'accident. On fait fixer convenablement l'omoplate en arrière ainsi que le tronc qui doit être attiré du côté sain ; dans ce but, un aide appuie ses deux mains de haut en bas sur l'épaule, ou bien on se sert de deux mouchoirs pliés en cravatte, dont l'un appliqué sur l'épaule luxée sert à opérer des tractions de haut en bas, tandis que l'autre entoure le thorax en passant sous l'aisselle du côté de la luxation, et permet d'attirer le tronc du côté sain. Le chirurgien saisit alors le bras luxé, l'attire d'abord en dehors, puis lentement l'élève de plus en plus jusqu'à l'hyperabduction complète ; pendant ce temps un aide saisit, avec les doigts dans l'aisselle, la tête humérale qu'il refoule vers la cavité glénoïde ; enfin l'opérateur ramène rapidement le bras dans l'adduction et lui imprime en même temps un mouvement de rotation en dedans, le coude étant fléchi. L'hyperabduction relâche la capsule tendue, tandis que les tractions tendent sa partie inférieure, et c'est autour de cette dernière que se meut la tête humérale du côté du rebord glénoïdien, tandis que la rotation en dedans la ramène dans la cavité glénoïde. Toutes les luxations récentes que nous avons eu en traitement, ont été réduites par ce procédé sans autre déploiement de force que les tractions opérées sur le bras par un seul homme ; dans quelques cas exceptionnels, le mode de production de la luxation nous a obligé de modifier la directions des tractions ; le bras était alors attiré en bas et en dehors ou élevé seulement jusqu'à un angle droit.

Pendant les tractions on fera bien, parfois, de porter en même temps le bras en arrière. Cette modification a surtout raison d'être dans la luxation sous-claviculaire. On appuie alors une main contre la face dorsale de l'omoplate, pendant qu'avec l'autre main on attire le bras en arrière (BUSCH).

Il va sans dire que l'on peut, pendant l'opération, modifier le sens des tractions en portant le bras plus en avant ou plus en arrière, mais, dans tous les cas, on devra se contenter d'employer une force modérée.

C'est seulement dans les cas de **luxation ancienne** que l'on peut songer à s'adresser à des moyens plus puissants. Il s'agit ici tout d'abord de déployer une force plus grande dans les manœuvres de réduction. Avec la méthode indiquée plus haut, et en ayant recours à un aide pour augmenter la force des tractions, j'ai réussi à obtenir la réduction de luxations très anciennes ; aussi ne puis je conseiller, d'une manière générale, l'emploi de mouffes, que j'ai vu plusieurs fois causer des accidents dans

les mains d'autres opérateurs. Mieux vaut renoncer à la réduction des luxations par trop anciennes (voir plus haut). Dans de telles circonstances on peut essayer le procédé de SCHINZINGER comme opération préliminaire. La rotation en dehors a, en tout cas, pour effet de délivrer la tête humérale de ses nouvelles adhérences, à moins, toutefois, que ce mouvement trop énergiquement exécuté, ne détermine la fracture du col chirurgical.

La réduction des *luxations rétroglénoïdiennes* s'obtient presque toujours très facilement. On élève le bras jusqu'à l'horizontale tout en exerçant des tractions, puis on lui imprime un mouvement de rotation en dehors et on le ramène vers le tronc ; souvent on fera bien de presser, en outre, directement sur la tête humérale.

On reconnaît, en général, que la réduction est opérée à un craquement particulier et au rétablissement de la forme normale de l'épaule. Cependant ce bruit ne se produit pas toujours d'une façon caractéristique, et il en est ainsi surtout dans les luxations anciennes ; d'autre part, dans les cas récents, la tuméfaction de la région empêche parfois de reconnaître si la forme normale de l'épaule est vraiment rétablie. Une exploration minutieuse est ici nécessaire. Après la réduction on place le membre dans une écharpe, et dans les cas où l'on craint que la tête humérale ne sorte de nouveau de sa cavité, on fixe le bras au thorax au moyen d'un bandage convenable. Au bout de huit jours on commence à imprimer au membre des mouvements modérés.

Lorsque toutes les tentatives de réduction d'une luxation ancienne ont échoué, il est à conseiller de chercher à la réduire par une incision pratiquée avec les précautions antiseptiques, puis, en cas d'insuccès, d'avoir recours à la résection de la tête humérale luxée. Jusqu'ici, les essais de réduction, longtemps après l'accident, n'ont donné que d'assez maigres résultats, autant, du moins, que j'en puis juger d'après les communications des auteurs à ce sujet ; mais ces résultats s'amélioreront peut-être lorsqu'on aura appris à mieux connaître les obstacles qui s'opposent à la réduction. Pour ma part, dans plusieurs cas dans lesquels je n'étais pas parvenu à lever l'obstacle, j'ai pratiqué aussitôt la résection de la tête humérale, et je suis satisfait des résultats obtenus.

Enfin nous voulons encore rappeler ici, à propos du traitement de la luxation habituelle, que lorsque les récidives sont très fréquentes, ce qui est surtout le cas chez les épileptiques, il est à conseiller de réséquer la tête de l'humérus pour empêcher la luxation de se reproduire ultérieurement. On est d'autant plus autorisé à le faire que, dans la luxation habituelle, l'état fonctionnel du membre est en souffrance.