ARTICULATIONS

I. — TRAUMATISMES

ENTORSE

On l'observe surtout au niveau de l'articulation médio-tarsienne. Celle de la tibio-tarsienne est plus rare.

Le diagnostic avec une petite fracture du péroné avait autrefois une grande importance, puisqu'on admettait qu'il fallait immobiliser dans un appareil, s'il existait une fracture. A l'heure actuelle, on peut faire ce diagnostic avec les rayons X; mais son importance est médiocre, puisque le traitement est le même dans l'entorse et dans la fracture par arrachement.

Le **traitement** consiste *dans le massage*.

Le *massage* comprend les manœuvres suivantes : l'effleurement, la pression, le pétrissage, le tapotement, les mouvements actifs et passifs.

Technique. — Les téguments sont lubrifiés avec de l'huile ou de la glycérine. Nous avons souvent usé de la poudre de talc.

On commencera toujours par l'*effleurement*. On fait donc des passes légères avec les doigts, en se dirigeant des orteils vers l'articulation et jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Ces passes doivent être indolores. Au bout de dix minutes environ, la sensibilité est émoussée. On peut arriver à faire des *pressions*. Ces pressions, toujours centripètes, devront être d'abord très légères, faites avec les doigts et les pouces. Elles

devront contourner l'articulation et suivre les tendons et les muscles. Les pressions deviennent de plus en plus fortes et s'exercent alors avec la paume de la main ou avec l'éminence thénar.

Au bout de dix minutes, si la sensibilité est émoussée, on peut arriver à pétrir l'articulation en la froissant et en la comprimant tout entière dans la main largement posée. Enfin on finit par imprimer doucement quelques mouvements aux articulations.

La séance de massage doit durer au moins vingt à trente minutes. Quatre à cinq séances sont suffisantes pour guérir une entorse légère.

On fait le massage d'abord matin et soir, ensuite tous les matins.

Dans l'intervalle, on doit envelopper le membre avec une bande de flanelle modérément serrée.

Dans les entorses graves, on peut mettre, dans l'intervalle des séances, une *bande élastique*, qu'on déroule de bas en haut, *sans tirer*, par dessus une couche d'ouate. On enlève la bande tous les jours et on fait prendre un *bain local chaud* d'un quart d'heure à la température de 48° à 50°. Après le bain, on fait une séance de massage.

Si l'articulation est tellement douloureuse qu'il est impossible de la toucher, il n'est pas mauvais de la laisser reposer dans une gouttière en fil de fer matelassée d'ouate pendant deux ou trois jours, avant de commencer le traitement.

Faut-il faire marcher le malade dans l'intervalle des séances de massage ? Je pense que les deux ou trois premiers jours, il est préférable de garder le repos. Mais, dès ce moment, la marche modérée est utile.

L'entorse de l'articulation du genou se confond avec l'*hémarthrose* et tire ses indications de l'épanchement de sang. Il faut vider d'abord l'articulation et laisser guérir l'arthrite pendant quelques jours avant de commencer le massage.

LUXATION DU POUCE

Métacarpo-phalangienne en arrière. Trois variétés : *incomplètes :* les sésamoïdes sont encore sur le cartilage ; *complètes :* les sésamoïdes reposent sur la face dorsale ; *complexes :* il y a interposition des sésamoïdes entre le dos du métacarpien et la phalange.

Luxation incomplète et luxation complète. — Dans les deux cas, déformation en Z ; mais, dans le dernier, la phalange est mobile ; elle s'est transportée en masse vers l'index ; la tête du métécarpien fait une forte saillie dans l'éminence thénar.

Ce qu'il ne faut pas faire est de rabattre la phalange sur le métacarpe. On transformerait la luxation complète en luxation complexe.

Fig. 38. — Figure schématique montrant ce qu'il ne faut pas faire.

Ce qu'il faut faire est d'exagérer la disposition en Z et de saisir la branche verticale du Z, de la pousser comme si on voulait la faire pénétrer dans la branche horizontale et de

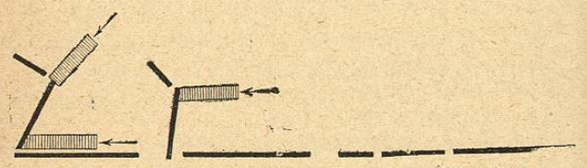

Fig. 39. — Figure schématique montrant ce qu'il faut faire.

la diriger en avant en lui faisant parcourir un chemin qui l'amène devant le métacarpien, dans la direction des flèches ; quand la phalange est devant le métacarpien, le déclenchement se fait.

Luxations complexes. — La déformation est tout autre. Ici le pouce (phalange et phalangette dans l'axe) est parallèle au métacarpien sur lequel il chevauche.

Technique de la réduction. — Transformez la luxation complexe en luxation complète en tirant sur le pouce ; tirez jusqu'à lui faire récupérer sa longueur normale.

Ensuite, redressez la phalange à angle droit.

Comportez-vous alors comme précédemment. Toutes ces notions qui paraissent si simples nous les devons à Farabeuf.

La pince de Farabeuf est utile pour faire la réduction dans les luxations complexes ; ici il faut donner le chloroforme.

L'indication d'intervenir peut surgir dans les luxations irréductibles. Cette intervention elle-même a été réglée admirablement par Farabeuf.

LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Elles sont directes ou indirectes. La tête humérale peut se luxer en avant, en arrière, en haut (rare), en bas. Les luxations antéro-internes sont les plus fréquentes, celles qui doivent être bien connues. Elles se divisent en trois variétés : *sous-coracoïdiennes, intra-coracoïdiennes* et *sous-claviculaires*, suivant les rapports de la tête avec l'apophyse coracoïde.

Les signes de toutes les luxations de l'épaule sont la dépression sous-acromiale, la saillie de l'acromion, l'aplatissement du moignon de l'épaule. Ce sont les signes de l'absence de la tête. D'autres signes sont tirés de la présence de la tête à une place anormale. Suivant la place qu'occupe la tête par rapport à la coracoïde, on dit que la luxation est sous ou intra-coracoïdienne. D'ailleurs le diagnostic est facile dans les cas bien prononcés.

La luxation sous-coracoïdienne est *axillaire*, c'est-à-dire qu'on sent la tête de l'aisselle. La luxation intra-coracoïdienne est caractérisée par l'ascension de la tête et son relief à la paroi antérieure de l'aisselle.

Le diagnostic a une certaine importance pour le traitement ; mais on ne doit pas se dissimuler qu'avec un diagnostic moins précis on peut arriver tout aussi bien à la réduction.

Traitement. — Toute luxation reconnue doit être immédiatement réduite. La réduction d'une *luxation récente*, c'est-

à-dire d'une luxation qui ne date pas de plus de dix jours, est toujours possible.

Les procédés de réduction sont extrêmement nombreux, et depuis Hippocrate on en a décrit un grand nombre. A l'heure actuelle, on décrit : le *procédé de Trélat*, le *procédé de Kocher*, celui de *Mothe*, celui d'*Anger*.

Procédé de Trélat ou de la persuasion. — Le blessé, le tronc demi-nu, est couché à plat sur le bord du lit, l'épaule portant à faux. Un aide, placé du côté opposé à la luxation, maintient l'épaule en l'embrassant avec ses deux mains posées sur la région acromiale, l'une en avant, l'autre en arrière, de façon à maintenir fixe l'omoplate sans comprimer la région occupée par la tête déplacée. Saisissez alors solidement le bras malade par le coude, tenu dans une position intermédiaire à l'extension complète et à la demi-flexion, en vous garant de tout mouvement de rotation. Par une abduction lente, douce, tout en causant avec le malade pour détourner son attention, portez le bras en haut en dehors et un peu en avant jusqu'à l'horizontale ; vous pouvez en même temps exercer une traction légère sur le coude, en n'éveillant ni douleurs ni contracture musculaire. Pendant ce temps l'extrémité des doigts de votre main libre (l'homonyme du membre luxé), glissée au fond de l'aisselle le long de la face interne du bras, sentira la tête progresser vers la glène. Une fois que cette main aura constaté que la tête est assez proche de sa loge pour que la réintégration soit possible, refoulez cette tête en haut ou en dehors en même temps que l'autre main ramène doucement l'humérus dans l'adduction. On peut obtenir par ce moyen la réduction du premier coup.

Le procédé de Kocher, surtout applicable dans les luxations sous-coracoïdiennes, c'est-à-dire dans les luxations où la tête est sentie dans l'aisselle, comporte plusieurs temps et s'exécute de la façon suivante :

Le malade est assis sur un tabouret, un aide applique largement ses mains sur les deux épaules, les maintient et les refoule.

Vous vous placerez en avant du côté de la luxation, vous vous baissez et vous exécutez les temps suivants :

Premier temps. — L'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras.

La main du chirurgien homonyme au côté luxé (côté

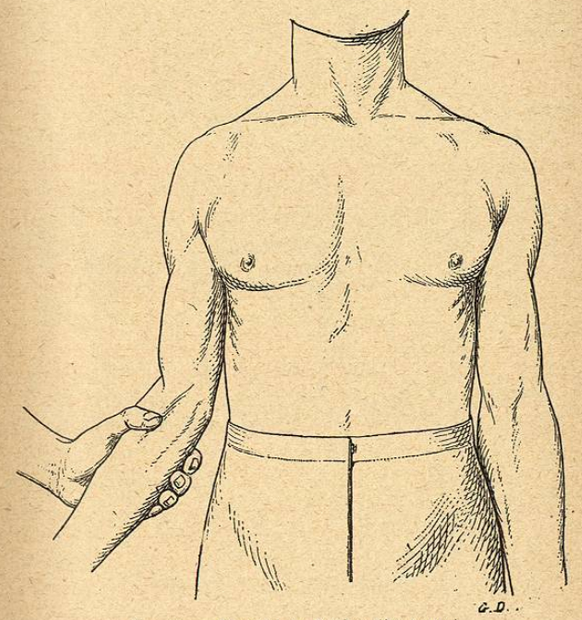

Fig. 40. — Procédé de Kocher (1er temps).

gauche, main gauche) empoigne le coude, le pouce dans le pli du coude, les doigts sur la face postérieure, la main opposée saisit le poignet par sa face antérieure, la paume de la main empoignant la région radiale du malade. Avec la main qui tient le coude du malade, rapprochez ce coude contre le tronc, lentement, sans brusquerie. Attendez dans

cette situation avant de passer au second temps que les muscles soient un peu fatigués.

Deuxième temps. — Le coude maintenu contre le tronc, l'avant-bras devient perpendiculaire au tronc ; c'est avec la main qui tient le poignet que vous exécutez ce temps aussi

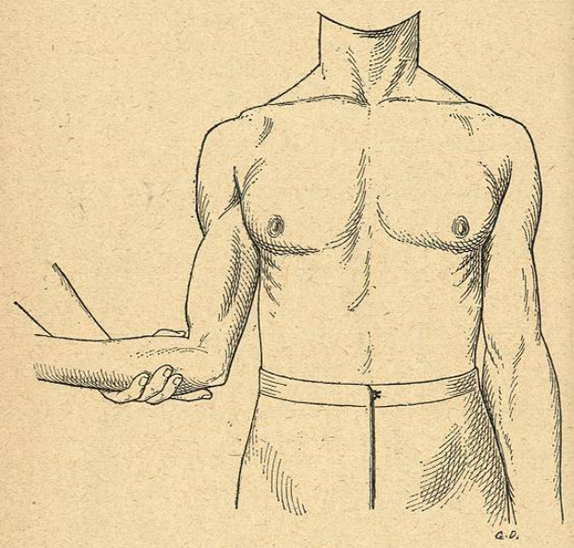

Fig. 41. — Procédé de Kocher (2e temps).

lentement que le premier. A la fin de ce temps, la main du malade est sur le plan transversal du tronc, elle est dirigée en avant, le pouce en haut.

Prolongez pendant trois secondes au moins ce temps.

Troisième temps. — La main qui tient le coude et celle qui tient le poignet vont maintenant élever d'un effort synergique le coude et la main en avant et en haut sans déranger

la situation. Pour exécuter ce mouvement, l'opérateur se relève progressivement pour se trouver debout à la fin de ce temps, qui, prolongé, consistera dans une traction facile à faire dans cette position.

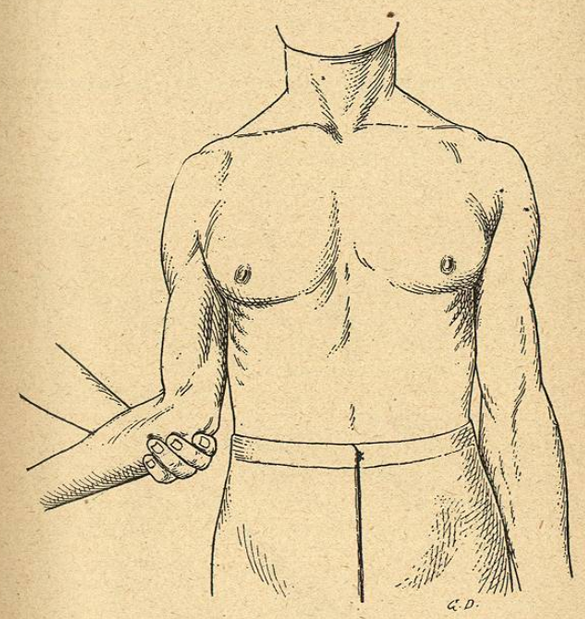

Fig. 42. — Procédé de Kocher (3e temps).

Quatrième temps. — Le quatrième temps consiste à tourner le bras en dedans et à rabattre le poignet par devant la poitrine vers l'épaule du côté opposé.

Ce temps demande à être fait rapidement, « par surprise ». Le troisième temps a habitué le malade à une traction assez forte pour annihiler les résistances musculaires.

Toute contracture a cessé. Le malade ne s'attend pas à une manœuvre rapide après une succession de mouvements me-

surés et très lents. C'est par surprise donc que vous exécuterez le mouvement tournant en dedans en vous mettant dans les conditions du procédé de Trélat ou de tous les autres procédés.

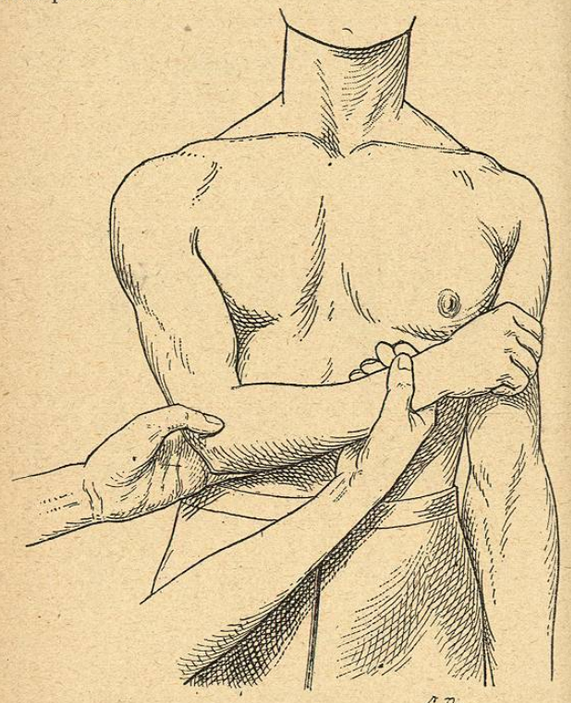

Fig. 43. — Procédé de Kocher (4e temps).

Procédé de Mothe. — Ce procédé ne compte que deux temps : 1° la traction dans l'abduction haute ; 2° l'abaissement brusque du bras sur la partie antérieure de la poitrine (quatrième temps de Kocher).

Le premier temps est lent, et il tire toute son efficacité

de la traction soutenue dans le sens de l'abduction et de la fatigue musculaire. Le second temps est brusque, rapide et inopiné pour le malade.

Pour réussir, il faut : 1° disposer d'une bonne contre-extension ; 2° tirer suffisamment et dans le bon sens.

La contre-extension doit être faite à l'aide d'une alèze, qui passe obliquement au-dessus de l'épaule luxée.

L'extension doit se faire par le chirurgien qui, après avoir fléchi le coude, l'empoigne au-dessus des condyles, relève le bras jusqu'à ce qu'il soit dans le *prolongement de l'épine de l'omoplate*. J'ai réussi parfois en pratiquant l'extension dans l'abduction et en portant le coude en arrière (C'est le procédé décrit par Kœnig).

Pour bien faire ce procédé, voici comment je conseillerais de procéder : Coucher le malade, surtout s'il est musclé. Disposer la contre-extension. Saisir le coude du côté luxé et le porter aussi loin du thorax que vous pourrez ; dans cette situation, pratiquer des tractions, et peu à peu arriver à mettre le bras à angle droit et puis à angle obtus, enfin dans l'hyperabduction. Dès lors continuez une traction douce et soutenue, tranquillisez le blessé et dites-lui bien que tout est fini et quand il s'y attend le moins, brusquement, sans hésitation, pendant que la main gauche empoigne la face interne du bras, la main droite solidement fixée sur le coude, porte le coude en dedans et en avant, rejetant la main du côté de l'épaule saine.

Toutes ces manœuvres, il est bon de les faire précéder de quelques mouvements d'assouplissement, de quelques mouvements de rotation de la tête en dedans et en dehors.

En réalité, les luxations récentes de l'épaule se réduisent par des *mouvements de rotation* ou par la *cessation* de la *contracture musculaire*. Aussi tous les procédés qui fatiguent les muscles réussissent, et l'anesthésie chloroformique rend cette réduction extrêmement simple.

Le procédé qui nous reste à décrire, celui de la *traction élastique* (Anger), fournit la meilleure démonstration de l'importance de la contraction musculaire.

On fait la contre-extension par une serviette passée en

sautoir sur la racine du membre et attachée à un crochet du mur ou au pied d'un lit.

L'extension est pratiquée au niveau de la partie inférieure du bras. Les constructeurs d'appareils fixent les lacs extenseurs par un bracelet de cuir, appareil fixé automatiquement; mais on peut faire extemporanément la même besogne avec une bande mouillée et une serviette. On entoure d'abord le membre d'ouate, on enroule une bande de bas en haut, on dispose la serviette pliée en deux chefs sur les faces opposées du membre, et on la fixe à l'aide de la même bande par un spiral descendant. L'anse de traction supporte des bandes de caoutchouc avec les tubes qui vont se fixer sur un anneau, distant de 1 mètre. La tension doit être supportable, non douloureuse. L'appareil une fois installé, il faut attendre dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure ; la réduction se fait spontanément.

Luxations postérieures. *sous-acromiales* ou *sous-épineuses* (rares). Les luxations sous-acromiales se réduisent par pression directe avec les doigts, par pression avec un fort cachet d'imprimeur, sur lequel on donne un coup de marteau sec (Nélaton père). Par le procédé de Mauclaire : de la main gauche placée derrière le dos, saisir la main droite du malade (ou inversement, si la luxation siège à gauche). S'asseoir sur l'avant-bras du malade fléchi à angle droit; appuyer même un peu afin de produire l'extension, tandis que l'avant-bras droit et la main droite appuient fortement sur la face postérieure de l'humérus pour ramener celui-ci en avant.

Luxations sous-épineuses. — On peut pratiquer des tractions en bas et en avant ou le procédé de Le Dentu :

1° Rapprocher le coude du tronc et fléchir l'avant-bras;
2° Rotation de l'humérus en dedans;
3° Élévation et rétropulsion du bras en arrière ;
4° Rotation de l'humérus en dehors.

Jusqu'ici nous avons supposé que la réduction était tentée sans anesthésie. Mais, s'il y a des difficultés, si le blessé est

très musclé, s'il existe des arrachements osseux, surtout si la luxation date de quelques jours, il ne faudrait pas hésiter à employer le *chloroforme* ou l'*éther*.

Sous le chloroforme, les luxations se réduisent avec la plus extrême simplicité. Le seul danger provient de l'anesthésique; mais on aura soin, dès que la résolution musculaire sera obtenue, de pratiquer la réduction et de cesser immédiatement le chloroforme. Par contre, il n'est pas d'une bonne pratique de ne pas pousser la chloroformisation jusqu'à la résolution musculaire complète.

Soins consécutifs. — Après la réduction, il faut immobiliser le bras pendant huit à quinze jours, dans une *écharpe de Mayor*.

Plus tard, il y aura lieu de prescrire du *massage*, de l'*électricité* et des *douches sulfureuses*.

Luxations récentes compliquées. — La complication la plus fâcheuse est la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquant la luxation. Le diagnostic est parfois très difficile. A l'heure actuelle, avec la radiographie, on peut sûrement poser un pareil diagnostic, comme dans un cas récent que j'ai observé.

Que faut-il faire ? quatre méthodes sont en présence :

1° La méthode de refoulement;
2° La méthode ancienne (expectation);
3° La méthode de Ribéri (pseudarthrose);
4° La méthode de Delpech (résection primitive de la tête).

Ces méthodes sont, en somme, inspirées par le désir d'*attendre* ou d'*intervenir*.

Les uns conseillent d'attendre la consolidation de la fracture pour réduire la luxation (méthode ancienne); les autres, de mobiliser pour obtenir, au niveau de la luxation, une pseudarthrose (Ribéri). La méthode de refoulement consiste à soumettre le bras à l'extension et à repousser la tête. Elle peut réussir dans les cas de fractures du col chirurgical.

Enfin, dans ces derniers temps, on a eu recours quelquefois à la méthode de Delpech, surtout dans les fractures du col anatomique. On connaît au moins six cas de cette opération,

qu'on ne sera d'ailleurs autorisé à pratiquer qu'après mûre réflexion, et devant les douleurs ou les compressions vasculaires.

Les **ruptures vasculaires** (anévrisme traumatique de l'axillaire ou rupture partielle) sont justiciables d'un traitement chirurgical, la ligature du vaisseau. Si la gangrène survenait, c'est à l'amputation ou à la désarticulation qu'il faudrait avoir recours.

Enfin les **luxations exposées** récentes seront traitées par la désinfection du foyer et la rentrée de la tête à ciel ouvert. On fera ensuite des sutures et un drainage.

Luxations anciennes. — On n'est jamais certain de réduire une ancienne luxation de l'épaule, même lorsqu'elle date seulement d'un mois. Lorsque trois mois sont écoulés, on risque fort d'échouer, bien qu'on en ait réduit après six mois et même après un an (Tillaux).

On peut employer : 1° les méthodes de douceur ; 2° les méthodes de force ; 3° les méthodes sanglantes.

Avec toutes ces méthodes on peut encore échouer.

1° *Méthodes de douceur.* — Celles que nous avons décrites à propos des luxations récentes. Insister surtout sur le procédé de *Mothe*, sous le chloroforme, après avoir pratiqué des mouvements d'assouplissement de l'épaule, rotation, abduction, adduction, etc., tractions.

Le procédé de *Kocher* a donné aussi quelques bons résultats, surtout si la luxation ne date que d'un mois ou six semaines.

Le *procédé de la traction élastique* est à essayer.

En cas d'échec, on peut avoir recours aux :

2° *Méthodes de force.* — Les plus connues sont les mouffles, les appareils de Jarvis, d'Hennequin.

Le plus simple de tous ces procédés c'est encore le procédé des mouffles.

On installe l'extension et la contre-extension. On fait surveiller le dynamomètre, et on place un aide pour faire fonctionner la pièce à échappement. Le bras doit être dans l'abduction modérée, le coude demi-fléchi. On commande

l'échappement, et, au moment où on fait cesser les tractions, on repousse la tête dans la cavité.

Tous les procédés de force seraient à rejeter en bloc, si l'intervention chirurgicale assurait le succès. Malheureusement, les résultats des interventions sanglantes ne sont pas assez brillants pour faire abandonner les autres procédés. Mais les accidents par les manœuvres de force sont réels, et doivent rendre le chirurgien circonspect. *Il ne faut jamais dépasser la force de* 80 *kilogrammes.*

3° Le *traitement chirurgical* doit être conseillé dans certains cas, pas dans tous. Quand l'individu ne souffre pas, quand il peut gagner sa vie ou se résigner à son infirmité il ne faut pas proposer l'opération. Avec le massage, l'électrisation, les douches, le traitement thermal (Dax, Amélie-les-Bains, Balaruc, Aix-les-Bains, etc.), on voit l'articulation s'assouplir et rendre des services appréciables. Je connais un blessé chez lequel les procédés de force ayant été impuissants à réduire la luxation, j'ai conseillé l'expectation. Il continue à vaquer à ses occupations et il se félicite des résultats obtenus. — Ce n'est donc que dans certains cas déterminés (troubles graves, ankylose, douleurs) et chez les individus ayant besoin de travailler qu'on peut conseiller l'opération.

Ce sera, d'abord, une arthrotomie ; mais souvent on sera forcé de transformer l'opération en résection, ainsi que je m'en suis assuré dans un cas récent.

LUXATIONS DU COUDE

La luxation du coude classique, celle que le praticien doit bien connaître, la seule qu'il rencontrera probablement dans sa carrière, est la *luxation en arrière* (Tillaux). Les deux os de l'avant-bras se placent en arrière de l'humérus ; il en résulte une *déformation*, apparente à la vue, l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude, la saillie de l'olécrâne et une dépression au dessus. A la palpation, on trouve, sous l'épicondyle un vide, l'olécrâne est sur la même ligne que l'épicondyle et l'épithrochlée (il est remonté). Enfin la flexion est impossible au-delà d'un certain degré.