Une autre luxation assez fréquente est celle du *radius en avant*. On la constate par la dépression épicondylienne et la saillie anormale du radius. Impossibilité des mouvements de flexion de pronation et de supination.

Ces luxations s'observent surtout chez l'enfant et l'adolescent.

Traitement. — La réduction des luxations récentes du coude est en général très facile. Mais ces luxations deviennent facilement irréductibles.

On décrit un grand nombre de procédés. Voici les plus couramment employés.

Procédé de Desault. — On se place derrière le malade; avec les deux mains le chirurgien embrasse en avant l'extrémité inférieure du bras, tandis que les pouces sont appliqués sur le bec olécrânien. Les mains ainsi disposées, on s'efforce de les fermer avec énergie; de cette façon la trochlée est repoussée en arrière et l'olécrâne en bas et en avant. Chez l'enfant, ce procédé réussit assez souvent.

Procédé de traction et de propulsion — En général, on réussira mieux avec le procédé suivant, qui ne diffère du précédent que par l'adjonction de l'extension et de la contre-extension.

Un aide embrasse la partie supérieure du bras et fait la contre-extension. Un autre aide saisit le poignet et fait l'extension.

Le chirurgien placé derrière le malade fait la manœuvre de Desault, c'est-à-dire l'impulsion concomitante de la trochlée en arrière et de l'olécrâne en avant.

Après quelques minutes de cette attitude, l'aide fait la *flexion progressive de l'avant-bras*, tout en continuant la traction.

Tillaux conseille le même procédé avec cette variante que les pouces appuient l'un sur l'olécrâne, l'autre sur le radius. Après une pose de quelques minutes il commande à l'aide la flexion brusque et, au même instant, il exerce une pression énergique de haut en bas.

Procédés de flexion. — Le principe de tous ces procédés est le suivant : Un corps solide et généralement arrondi étant placé au pli du coude, si l'on vient à fléchir l'avant-bras sur

le bras, celui-ci tend à basculer sur ce point d'appui, de manière que son extrémité supérieure s'écarte de l'humérus à mesure que la flexion augmente; mais en même temps par l'intermédiaire du corps étranger, l'humérus est refoulé presque directement en arrière.

De ce principe dérivent le procédé d'Astley Cooper avec le *tasseau*, avec le *genou*, avec l'*avant-bras*.

Prenez un corps résistant quelconque, une tige de bois enveloppée d'une serviette; appliquez-le au pli du coude; maintenez-le ou faites-le maintenir pendant que vous allez fléchir lentement l'avant-bras.

Le chirurgien, écrit M. A. Cooper, plaçant son genou à la partie interne du coude dans le pli articulaire, saisit solidement le poignet du blessé et fléchit le membre. En même temps il presse sur le radius et le cubitus avec le genou, de façon à les éloigner de l'humérus, ce qui dégage l'apophyse coronoïde de la gouttière olécrânienne; pendant que cette pression soutenue est faite avec le genou, l'avant-bras doit être fléchi fortement, mais lentement. La réduction est vite opérée.

Avec Lejars, je me méfierai de ces procédés, qui exercent une pression intense et localisée au niveau du pli du coude sur les vaisseaux.

Procédés d'extension forcée (Pingaud). — On pratique la contre-extension au niveau du bras; le chirurgien fait la traction et tire sur le membre d'abord dans l'axe longitudinal, puis en exagérant dans l'extension forcée en pliant le coude en arrière. Pendant ce temps il refoule l'olécrâne en bas et en avant.

En réalité, s'il est bon de connaître ces différents procédés pour pouvoir les employer, le cas échéant, il n'est pas inutile de dire que le procédé de Desault avec la traction reste le procédé de choix, et, dans la pratique, quand on n'a pas réussi avec ce procédé, il faut endormir le malade et tenter la réduction sous le chloroforme.

Soins consécutifs. — Immobilisez le membre dans la flexion à angle droit pendant quelques jours et commencez rapide-

ment, dès qu'il n'existe plus de douleur et de gonflement appréciable, le *massage* et la *mobilisation*.

Complications. — La fracture complique quelquefois la luxation.

Ce sont des cas très embarrassants. Si la réduction se maintient, immobilisez pendant quinze jours et commencez le massage. Si la réduction ne se maintient pas, après avoir pris la radiographie de la lésion, il y aura lieu de songer à une intervention, au moins chez les sujets jeunes.

Luxations irréductibles et anciennes. — *La luxation est récente, mais elle est irréductible.* — Ce cas peut se présenter. On a essayé la plupart des procédés, et on a donné le chloroforme sans succès. Si le sujet est jeune, je crois qu'il y a lieu d'intervenir par l'arthrotomie.

Luxations anciennes. — Dans ces luxations, il se produit des déformations articulaires et osseuses qu'il faut connaître dans chaque cas particulier. C'est par la *radiographie* qu'on se rendra compte des lésions.

Encore ce moyen n'est qu'une ressource clinique sans être un critérium définitif.

L'examen complet du blessé, de son état local et général, l'examen de l'articulation et de ses mouvements, de la musculature, les conditions sociales et le désir du malade, doivent entrer en ligne de compte.

Voici un malade de la classe aisée. Il a une luxation méconnue. Vous arrivez trop tard. Que ferez-vous ? La première chose est évidemment de donner le chloroforme et d'essayer la réduction par les procédés habituels. En cas d'échec, vous pouvez encore utiliser le procédé de *Farabeuf*, qui est une méthode de force et que nous allons décrire; mais, si tout cela échoue, faut-il proposer une opération ? La limitation des mouvements du coude ne fournit pas une indication suffisante. Le coude ankylosé ou à demi ankylosé à angle obtus peut, contrairement à ce qu'on dit, être plus agréable au blessé que le coude fléchi à angle droit. J'en ai la preuve sur un blessé qui se déclare très satisfait de cette position. En

l'absence de douleurs ou de troubles trophiques, c'est au désir du malade qu'il faut savoir obéir, s'il n'existe pas d'autre contre-indication opératoire. Mais, carrément il faut poser la question : Si les manœuvres de Farabeuf et la mobilisation sous le chloroforme n'ont pas réussi, si le sujet est jeune, adolescent ou adulte, il est illusoire de compter sur le massage et l'assouplissement. C'est à l'opération et à la résection qu'il faut avoir recours, ou bien il faut se résigner à l'expectation pure et simple.

La *résection* est la véritable opération dans ces cas. Inoffensive pour la vie, on peut affirmer que la résection l'est; mais sûrement curatrice des lésions, non. Bien faite, la résection peut éviter, à coup sûr, l'articulation ballante. Mais elle ne peut toujours éviter l'ankylose. Et dès lors on peut préciser la question : D'une part l'expectation condamne le malade à garder ce qu'il a; car, je le répète, il ne faut pas compter sur l'assouplissement, d'autre part la résection peut donner des mouvements, non pas l'extension complète, mais du moins la flexion et l'extension limitée ou, au pis aller, provoquer l'ankylose complète dans la position qu'on désire.

Dans ces conditions — les termes du problème ainsi posés — on peut, pour chaque cas particulier, faire la comparaison entre les résultats probables de l'intervention et l'état actuel.

Prenons un exemple : Il existe quelques mouvements, limités, pas d'autres indications. — Faut-il opérer ? La résection peut donner une mobilité plus étendue; mais elle peut donner l'ankylose. C'est au malade de voir s'il veut risquer la résection.

Il n'existe aucun mouvement. La résection ne peut faire que du bien. Le pire qu'il puisse arriver, c'est qu'elle n'améliore pas l'état du malade. Elle ne le rendra pas pire.

Il me reste à dire deux mots des manœuvres de Farabeuf qu'on peut faire sous le chloroforme.

Voici en quoi elles consistent :

Sous le chloroforme, fléchir plusieurs fois fortement l'avant-bras sur le bras et faire des mouvements de supina-

tion et de pronation. Le bras est placé dans l'abduction entouré d'ouate et attaché sur une planche percée de trous: l'avant-bras est fléchi à angle droit, et un appareil à mouffles exerce des tractions de 50 à 60 kilogrammes.

Pendant les tractions, la main soulève le coude à petits coups secs; d'autres pesées s'exercent sur la face opposée; des mouvements de pronation et de supination sont exécutés sous la traction.

On termine par une *flexion exagérée de l'avant-bras.*

Luxation du radius en avant. — Sur l'adulte, cette luxation peut être réduite parfois par pression directe, pendant qu'on fait l'extension et la contre-extension.

Si la réduction est impossible sous le chloroforme, il y a lieu d'intervenir et de réséquer la cupule radiale, opération inoffensive.

Sur l'enfant, il est absolument inutile de faire une opération, si on ne réussit pas à réduire. Les mouvements reviennent très facilement et, au bout d'un an ou deux, le résultat est excellent. Je m'en suis assuré.

LUXATIONS DE LA HANCHE

Il existe deux grandes variétés de luxations de la hanche: les luxations en arrière (iliaque, ischiatique), les luxations en avant (ilio-pubienne, ovalaire).

Au point de vue clinique, les luxations en arrière ou *dorsales* sont des luxations en *adduction* (genou rapproché du plan médian du corps); les luxations en avant sont en *abduction* (genou éloigné du plan médian du corps). Les luxations en *adduction* peuvent se distinguer par le degré d'ascension du sommet du grand trochanter par rapport à la ligne de Nélaton (épine iliaque antéro-supérieure et ischion).

Les luxations en *abduction* se distinguent entre elles par le

signe suivant : les *ilio-pubiennes* sont en *extension*, les *ovalaires* en *flexion*.

Thérapeutique. — La luxation est récente. — *Réduction.* — Formule générale : Dans tous les cas, pratiquez les manœuvres suivantes : Premier temps. *Flexion et traction dans la flexion* (sauf pour les ilio-pubiennes).

Deux autres temps, qui diffèrent selon la variété. *Abduction, rotation externe* dans les luxations qui sont en *adduction*, *adduction, rotation interne* dans les luxations qui sont en abduction.

Quant à l'ilio-pubienne, *pas de flexion* primitive, mais traction dans l'adduction, qui permet de fléchir et de transformer l'*ilio-pubienne* en *ovalaire*.

Développons maintenant la formule :

Luxation iliaque ou ischiatique. — Couchez le malade sur un matelas et sur un lit d'opération bas. Donnez-lui le chloroforme ou l'éther.

Un aide appuie sur les épines iliaques antéro-supérieures de tout le poids de son corps et fixe le bassin.

Fléchissez la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Ce dernier mouvement se fait lentement, progressivement et sans secousses; la flexion atteint et dépasse l'angle droit.

Arrivé là, arrêtez-vous, commandez à l'aide de fixer solidement le bassin. Saisissez avec les deux mains le creux poplité et tirez en haut avec force.

Au bout d'un instant de *traction*, passez à l'abduction; éloignez *modérément* le genou du plan médian du corps. Dirigez aussi le genou en dehors, en mettant peu à peu la jambe fléchie perpendiculaire au plan du corps. Tirez dans cette attitude.

J'ajoute le dernier temps, qui consiste à étendre la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin et à pratiquer des tractions dans cette dernière attitude (c'est le dernier temps des manœuvres de Paci).

Voici maintenant des variantes à ce procédé :

Procédé de l'épaule (*d'après Lejars*). — Mettez votre patient

en travers sur un lit dur et bas, et faites légèrement déborder le bassin ; qu'un aide soutienne et écarte le membre sain qu'un autre maintienne solidement les deux épines iliaques.

C'est l'épaule droite, qui d'ordinaire rendra les meilleurs services ; placez-vous entre les jambes du blessé, s'il s'agit d'une luxation de la hanche droite ; en dehors, s'il s'agit d'une luxation de la hanche gauche.

Premier temps. — Baissez-vous, chargez le genou sur votre épaule, disposez-le commodément et amarrez-le de la main droite pendant que la gauche saisit le bas de la jambe.

Deuxième temps. — Relevez-vous lentement, tout en portant le membre dans une légère abduction ; quand vous serez debout, la cuisse sera verticale, fléchie à angle droit sur le bassin immobilisé, et d'un *coup d'épaule* il vous sera facile d'exagérer la flexion en hauteur, de dégager, de *décrocher* la tête fémorale.

J'ajouterai : pendant que vous vous relevez, faites un pas en dehors pour réaliser l'abduction. En même temps que vous donnez le coup d'épaule, que la main gauche qui tient le bas de la jambe gauche la porte en dedans de façon à la rendre perpendiculaire à votre poitrine.

Procédé de l'alèze (*Le Fort*). — Sous le jarret fléchi, on passe une forte alèze dont les deux bouts sont confiés à deux aides. Le membre est ainsi entraîné en haut et un peu en dehors par rapport à l'axe médian du corps. L'alèze est tendue et serrée fortement ; la jambe pend. Sur cette jambe exercez une forte pesée, qui est contre-balancée par la traction énergique de deux aides sur « l'alèze de réflexion ». On forme ainsi une sorte de levier, dont la résistance est fournie par l'alèze fortement tendue et dont le travail est représenté par une énergique traction en avant.

Les manœuvres ont échoué.

Il ne faut pas se décourager, mais essayer toujours par la douceur les mêmes manœuvres en exagérant la flexion jusqu'à toucher le ventre avec la cuisse et en faisant même de l'*adduction*, ou des tractions dans l'*abduction* et l'*extension*.

Traction mécanique. — En dernier lieu, faites la traction à

l'aide des mouffles ou du caoutchouc, le membre étant dans la *flexion*.

Faites coucher le malade par terre ou sur un lit dur, fléchissez la cuisse, appliquez au niveau du jarret un lac et disposez une corde qui se réfléchit sur une poulie placée au plafond. Fixez le bassin et faites tirer sur la corde (traction verticale d'après Bigelow). Bigelow se sert d'un trépied.

Un petit accident peut se produire, accident qui m'est arrivé aussi et qui paraît assez fréquent. Je veux parler de la transformation de la luxation en arrière en luxation en avant (ovalaire). On en sera quitte pour recourir à la manœuvre ci-dessous.

Luxations ovalaires. — Commencez encore à *fléchir* la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin.

Quand la flexion est arrivée à angle droit, faites l'*adduction* et la rotation interne.

Avec une alèze passée autour du cou du chirurgien et qui s'enroule autour de la cuisse (partie supérieure), on peut relever le membre, attirer la tête en dehors, pendant que des mains on repousse le genou en dedans. Les aides font l'extension sur la jambe dans la direction de la luxation (en abduction).

Luxations ilio-pubiennes. — On peut user du procédé ci-dessus (alèze autour du cou du chirurgien et de la cuisse du malade, tractions dans le sens de l'abduction).

Ou bien :

Tirer en abduction et fléchir peu à peu de manière à transformer l'*ilio-pubienne* en *ovalaire*, et se comporter comme précédemment.

Soins consécutifs. — Mettre le malade dans une gouttière de Bonnet pendant quinze jours. Masser ensuite et mobiliser la jointure.

Luxations irréductibles. — Si la luxation est irréductible, on s'accorde actuellement (un peu théoriquement peut-être) à préconiser l'arthrotomie précoce. En fait, c'est la *décapitation du fémur* qui termine souvent l'opération.

Devant une luxation irréductible récente, après avoir épuisé tous les moyens, nous serions disposés à intervenir, quand le sujet est jeune, que la luxation est en adduction et en flexion.

Luxations anciennes. — Celles qui ont été réduites après cinq mois l'ont été par les méthodes de douceur (Trélat). C'est donc à ces méthodes qu'il faut avoir recours.

Mais, si l'on échoue, on peut soumettre le membre à l'extension continue et à la rupture prudente des adhérences. On peut ainsi obtenir des *pseudo-réductions*, qui donnent une amélioration fonctionnelle.

Les *opérations sanglantes*, encore en petit nombre (17 observations d'après Cahier), sont indiquées quand il existe des douleurs, de l'impotence fonctionnelle et que le sujet est encore jeune.

En général, c'est la décapitation de la tête fémorale qu'il faut faire avec reposition du moignon dans la cavité agrandie, quand cela est possible (Ricard).

Passé un an, l'*indication opératoire*, quand elle se pose (impotence et douleur), doit se discuter entre ces deux opérations :

La *décapitation du fémur* ou l'*ostéotomie sous-trochantérienne*. — Sur un homme qui avait une très ancienne luxation en avant avec abduction considérable, j'ai pratiqué une ostéotomie sous-trochantérienne, qui m'a donné un magnifique résultat.

Si les douleurs ne tiennent pas à une compression de la tête, c'est l'ostéotomie que je préférerais.

La *luxation compliquée* de fracture du col n'indique pas toujours une opération immédiate.

J'ajoute que la radiographie permet actuellement de faire un diagnostic précoce et facile de la luxation de la hanche.

II. — ARTHRITES AIGUËS

L'immobilisation de la jointure dans une bonne position, telle est encore aujourd'hui la formule thérapeutique des arthrites aiguës. On appliquera donc les appareils (plâtré ou gouttière), et on corrigera la position vicieuse de la jointure, qui est régie par les lois de Bonnet. Au genou, on aura soin de conserver l'extension ainsi qu'à la hanche; le cou-de-pied et le coude seront immobilisés dans la position à angle droit. Ces préceptes fondamentaux ne doivent pas être oubliés. C'est par cette thérapeutique qu'on débutera.

Mais deux notions modernes sont venues modifier le traitement jadis classique. Je veux parler de la notion de l'*origine infectieuse* d'un grand nombre d'arthrites aiguës et la préoccupation des chirurgiens de rendre à la jointure malade ses *mouvements*.

L'*origine infectieuse* est actuellement démontrée pour un grand nombre d'arthrites aiguës, à telles enseignes que Mauclaire a proposé la division des arthrites infectieuses d'après les germes pathogènes : arthrites à staphylocoques, streptocoques, bacilles de Koch, colibacille, arthrites syphilitique, gonococcique, etc. En tout cas, certaines de ces arthrites ne sont pas rares, telles l'arthrite blennorrhagique ou la synovite puerpérale, l'arthrite suppurée infantile, etc. De la notion de l'infection est née la méthode de l'*intervention opératoire* dans les arthrites infectieuses. Le médecin, mis en présence d'une arthrite, doit se comporter comme pour une pleurésie. Si l'épanchement ne cède pas, il doit *ponctionner* d'abord, ouvrir l'articulation, faire une *arthrotomie*, si la ponction démontre la présence de pus.

Certains auteurs ont même préconisé l'*arthrotomie* précoce dans certaines formes d'arthrite et surtout dans l'arthrite blennorrhagique mono-articulaire et ankylosante.

Grâce à l'asepsie, l'*arthrotomie* s'impose dans tous les cas où on a constaté du pus dans l'intérieur de la jointure.