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 (47 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 AIGUES

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-depied 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.

ARTICULATIONS

223

Peut-être même est-il indiqué de faire l'arthrotomie dans certains cas, avant qu'on ait constaté la présence du pus.

La préoccupation de donner de la mobilité à l'articulation et d'éviter l'ankylose devient de plus en plus obsédante pour les chirurgiens.

A l'heure actuelle, grâce au massage et à l'électricité, nous pouvons, dans un grand nombre de cas, conserver l'intégrité des mouvements, même si l'articulation a suppuré. Il n'est plus permis de condamner à une longue immobilisation plâtrée une arthrite aiguë. La mobilisation prudente et précoce est, au contraire, de mise, dès que l'acuité des phénomènes douloureux le permet.

De même, après l'arthrotomie, on se gardera d'immobiliser la jointure et, suivant les préceptes de L. Championnière, on traitera la plaie par le simple pansement en mobilisant le plus tôt possible.

La vérité est donc dans l'immobilisation modérée, suffisante pour calmer la douleur, dans le massage précoce et dans l'intervention opératoire, quand elle est formellement indiquée (douleurs, fièvre, présence du pus).

La tuberculose articulaire est une arthrite infectieuse, et cependant l'arthrotomie précoce n'est plus admise. Il est probable que l'arthrotomie précoce ne deviendra jamais la règle dans les autres arthrites infectieuses.

De même, la mobilisation doit être dosée et mesurée, aussi bien dans les arthrites tuberculeuses que dans les autres arthrites infectieuses.

En attendant, voici ce que je conseille de faire dans les arthrites aiguës:

1º Chercher à reconnaître la cause (syphilis, blennorrhagie, puerpéralité, etc.), pour instituer un traitement causal, quand cela est possible;

2º Immobiliser au début dans une bonne position pour calmer la douleur;

3° Si la douleur persiste avec épanchement abondant, ponctionner l'articulation;

4º Si la ponction démontre l'existence de pus, faire l'arthrotomie;

5º Enfin, si la fièvre persiste avec épanchement séreux qui se reproduirait après la ponction, faire l'arthrotomie.

III. — CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

Les corps étrangers articulaires s'observent dans deux cas différents. Tantôt ils sont nombreux et sous la dépendance d'une affection articulaire (arthrite sèche, arthropathie trophique), tantôt ils sont en petit nombre ou solitaires dans une articulation saine.

Le traitement diffère; dans le premier cas, une arthrotomie large est de mise, quand il n'existe pas d'autres contreindications. Encore ne peut-on promettre la guérison de l'arthropathie par l'opération. Dans le second, quand le corps étranger est unique, la conduite chirurgicale est simple. Il faut l'enlever dès qu'il provoque des troubles fonctionnels suffisants pour faire désirer une opération. Cette opération est inoffensive, rapide et donne d'excellents résultats.

On parle d'une mortalité de 0,89 0/0. Mais on parle toujours de ces mortalités, quand il s'agit d'une opération humaine.

Après avoir pris les précautions d'usage, on fixe le corps étranger, découvert souvent par le malade, et on le tient entre les deux doigts. On pratique alors sur lui une incision franche qui coupe la peau, le tissu cellulaire, et qui ouvre suffisamment la synoviale pour énucléer le corps étranger. Avec la pression des doigts, l'arthrophyte saute en dehors de l'article, s'il est libre. S'il tient encore par un pédicule, on le sectionne après l'avoir bien mis en évidence par une arthrotomie plus large.

L'opération dans les cas simples peut se faire à l'aide de l'anesthésie locale (cocaïne, chlorure d'éthyle). On a l'avantage de ne pas perdre le corps étranger fuyant comme « une souris », pendant la chloroformisation.

Dans le plus grand nombre des cas, il est cependant plus

chirurgical et tout aussi bénin de faire l'arthrotomie large, sous le chloroforme, en ouvrant la synoviale suffisamment pour l'inspecter de la vue et du toucher. Si elle est malade, on peut la laver avec de l'eau stérilisée et laisser un drainage. Si le corps étranger est l'unique affection, on fera la suture par étage et on reconstituera la synoviale avec soin.

Ainsi que le dit Quénu, le traitement ne finit pas au lit de l'opération. On se comportera comme pour toute plaie articulaire, on ne fera pas d'immobilisation; mais, dès que la plaie sera guérie, on fera du massage, des mouvements, on donnera des douches sulfureuses et on soignera tout spécialement les muscles.

IV. - TUMEURS BLANCHES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES EN GÉNÉRAL

La thérapeutique des ostéo-arthrites comprend deux grandes méthodes de traitement : le traitement conservateur et le traitement sanglant.

Traitement conservateur. — Il comprend les méthodes suivantes: immobilisation, révulsion, compression, extension, injections modificatrices (péri et intra-articulaires), ischémie, chauffage (périphérique, central, ignipuncture), le massage.

L'immobilisation est la base de tout traitement conservateur. Elle agit en ralentissant les processus morbides dans les articulations soustraites à l'air et à la lumière, prévient l'extension des lésions et favorise les processus adhésifs, nécessaires, pour empêcher l'envahissement complet de la cavité articulaire. L'immobilisation est l'antiphlogistique par excellence; elle calme la douleur et empêche la production des attitudes vicieuses.

Elle a l'inconvénient de favoriser l'ankylose et, à cetégard, elle ne saurait être considérée comme le dernier mot du

progrès. Mais la mobilisation est si dangereuse quand elle est mal faite et ses règles sont si difficiles à appliquer qu'il est préférable, jusqu'à nouvel ordre, de pécher dans le sens de l'immobilisation plutôt que de vouloir trop tôt s'en affranchir.

Cependant, on ne saurait condamner sans appel la mobilisation raisonnée, dosée, scientifique, telle qu'elle peut être appliquée dans un établissement, par des hommes instruits et bien au courant des lésions tuberculeuses. Nous y reviendrons.

La révulsion se fait avec la teinture d'iode, les vésicatoires (plutôt nuisibles qu'utiles) et surtout par l'application des pointes de feu superficielles ou des raies de feu. On a souvent l'habitude de pratiquer ces pointes de feu avant d'appliquer l'appareil immobilisateur.

Dans la même classe, je range le procédé de Scott, préconisé par L. Championnière. Il consiste à appliquer sur la jointure de l'onguent mercuriel. L'exposition du membre aux rayons de Röntgen est encore un procédé de révulsion. Tous ces procédés de révulsion sont inoffensifs, mais peu efficaces.

La compression favorise l'atrophie des fongosités et agit peut-être aussi en produisant une certaine stase veineuse. On réalise la compression à l'aide de l'appareil ouaté roulé.

L'extension, presque toujours combinée avec l'immobilisation, est un puissant moyen modificateur des ostéo-arthrites. Tantôt employée sur le malade couché, tantôt associée aux appareils de marche (appareils ambulatoires), l'extension a pour effet de calmer la douleur, de vaincre les contractures musculaires, de corriger les attitudes vicieuses lentement et sans danger, d'éviter ainsi l'ulcération compressive des surfaces articulaires.

Injections modificatrices (Luton):

1º Les injections péri-articulaires (méthode sclérogène de Lannelongue) consistent en injections profondes autour de la jointure d'une solution de chlorure de zinc au 4/10. On fait, en une seule séance et sous le chloroforme, plusieurs injections (40 à 50 gouttes), autour de la jointure, suivant une technique spéciale décrite par Lannelongue.

La réaction est vive. Au bout de trois semaines, on peut juger de l'effet des injections.

PHOCAS.