

l'articulation, pour ne pas continuer une extension inutile et préjudiciable.

Nous n'avons jamais déterminé d'accident par l'application des poulies, et, s'il en est survenu à d'autres opérateurs, nous les attribuons à des défauts de précaution qu'un peu d'expérience et de prudente réserve aurait pu faire éviter. On a cassé, dit-on, la cuisse d'un malade; mais combien n'a-t-on pas fracturé de membres avec les mains ou avec des lacs! Ce n'est pas la méthode qu'il faut accuser, mais l'impéritie du chirurgien. Le point principal est de prévenir l'excès de tension des téguments, et l'on y parvient par la judicieuse application de bandages extensifs et contre-extensifs, qui ne glissent pas et n'entraînent pas les parties molles, lorsqu'ils reposent sur des saillies osseuses, et qu'ils y sont convenablement assujettis.

Je recommanderai aux chirurgiens de bien constater l'état des muscles avant d'entreprendre une réduction. La paralysie du deltoïde est très-commune, et il serait sage de la signaler, si elle existe, pour s'éviter plus tard l'accusation de l'avoir produite.

Aussitôt après la réduction on enlève l'appareil, on met le membre à nu, on le frictionne légèrement avec un linge ou un morceau de flanelle, et on lui imprime tous les mouvements dont il est normalement susceptible. On assure ainsi le parfait rétablissement des rapports osseux; on reconnaît les modifications survenues dans les surfaces articulaires et les ligaments; on remet les os dans un contact plus intime et plus régulier, ce qui est capital dans les jointures gynglymoïdales, où le moindre changement de rapport fait obstacle au retour de la mobilité.

Nous bannissons d'une manière générale l'emploi des bandages contentifs pour prévenir les récidives. Ces bandages exposent à une compression fâcheuse, à l'étranglement et à de fausses ankyloses par immobilité, dont la guérison exige ensuite des traitements très-prolongés.

Nous plaçons les membres dans une situation opposée à celle où la luxation s'est produite, et, à moins de circonstances exceptionnelles, tout déplacement nouveau devient ainsi absolument impossible. Dans les luxations en avant de l'humérus, il suffit de porter le coude en dedans et en haut sur la poitrine après la réduction, pour maintenir très-sûrement les rapports articulaires. Nous avons vu des chirurgiens renommés mettre une attelle derrière l'olécrâne pour empêcher la récidive d'une luxation du coude, qui n'était nullement à craindre dès l'instant que l'avant-bras était fléchi sur le bras.

Si la luxation se reproduisait au moindre mouvement, comme

nous l'avons observé à la suite d'une luxation ovalaire, on se servirait d'un bandage propre à maintenir le membre dans une position déterminée, sans l'immobiliser complètement. Nous eûmes recours, dans ce cas, à deux bandages en cuir rembourré; l'un entourant le bassin, l'autre la cuisse. Une lanière élastique fixait cette dernière dans la flexion forcée et l'adduction. La réduction persista, et le petit malade guérit très-rapidement sans traces de claudication ni de faiblesse.

Tous les jours nous faisons exécuter à l'articulation des mouvements aussi étendus que le permettent l'engorgement et les douleurs, et les guérisons sont très-promptes et exemptes d'accidents.

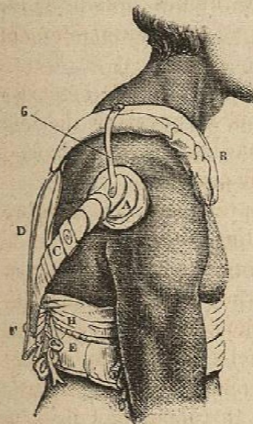


Fig. 54.

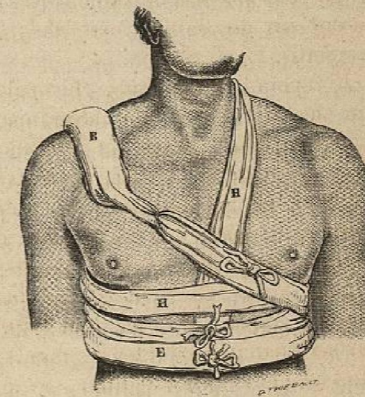


Fig. 55.

Les complications inflammatoires et les fausses ankyloses se traitent par les frictions, les douches, les bains locaux de toute sorte, les eaux de Bourbonne etc.; mais le moyen curatif le plus efficace consiste dans des mouvements répétés combinés à l'emploi des résolutifs. Si les têtes osseuses ont de la tendance à glisser sur des surfaces articulaires déformées, il faut les soutenir longtemps au moyen d'appareils mécaniques et de ressorts appropriés.

Voici un exemple qui fera par-

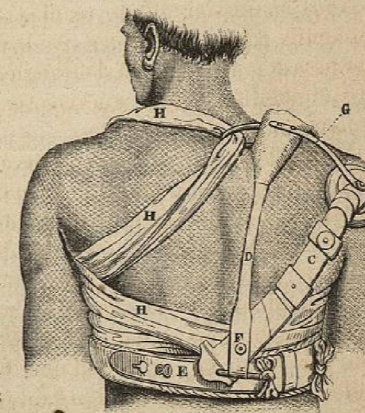


Fig. 56.

BIBLIOTHECA FAC. DE MED. U.A.M.L.

faitement comprendre le mécanisme et l'utilité de ces sortes de bandages (fig. 54, 55, 56). L'indication était de repousser la tête de l'humérus d'arrière en avant pour la maintenir dans la cavité articulaire et l'empêcher de glisser sous l'acromion. Le bord postérieur de la cavité glénoïdale se trouvait fortement déprimé et incliné vers la fosse sous-épineuse, par l'ancienneté de la luxation, restée non réduite pendant plus d'un an, et la récurrence était à craindre. Une pelote A, arrondie et suffisamment rembourrée, fut appliquée contre la tête humérale et soutenue par une tige C, formée de plusieurs lames d'acier superposées. Cette tige était fixée à une ceinture d'acier E, également garnie et susceptible d'être élargie ou resserrée à volonté par quelques nœuds simples. Du même point de la ceinture partait une seconde tige D, destinée à soutenir l'omoplate par le point d'appui B, qu'elle prenait sur la clavicule et la partie antérieure de la poitrine. Entre les deux tiges se trouvait une lame métallique mobile pour assurer à la pelote A une position convenable. Une vis de pression F servait à rapprocher les deux tiges et à augmenter la puissance de la pelote A. Enfin un bandage HH reliait ensemble les différentes parties de l'appareil, que le malade porta plusieurs mois en continuant à se servir de son bras.

Dans le cas où l'on supposerait l'interposition d'une portion de ligament entre les surfaces osseuses, ce qui n'est pas impossible pour les articulations du bras et de la cuisse, et ce qui paraît être une des causes de l'irréductibilité des phalanges, et particulièrement de la première phalange du pouce, il faudrait, par des mouvements convenablement dirigés, déplacer ou détruire par résorption cet obstacle au rétablissement des fonctions. C'est en exagérant le renversement en arrière de la première phalange du pouce, dans la luxation postérieure phalango-métacarpienne, et en faisant exactement glisser d'arrière en avant la surface articulaire de la phalange contre la tête de l'os opposé, que nous avons réussi quatre fois de suite à repousser en avant le ligament antérieur interposé, et à opérer la réduction de cette luxation dans des cas où plusieurs confrères avaient vu échouer leurs efforts. Nous avons vu des luxations de ce genre, produites artificiellement à l'amphithéâtre, être rendues irréductibles par l'interposition, entre les surfaces articulaires, du ligament antérieur rompu à son insertion métacarpienne. Cette interposition, due à la pression atmosphérique et à l'écartement des os, explique les succès du procédé que nous avons suivi; les procédés de traction, avec des lacs ou des pinces appropriées, sont généralement inutiles et dangereux.

Les Allemands se servent beaucoup aujourd'hui pour la réduction des luxations et des fractures de l'appareil de Schneider-Mennel,

qui consiste essentiellement en un treuil, fixé sur un cadre en bois. On en trouve un dessin dans le *Traité de chirurgie* de Pitha et Billroth, vol. I^{er}, 2^e partie p. 641; Erlangen 1865.

Le même appareil, un peu modifié et adapté à un lit à extension sert pour le redressement des fractures mal consolidées du fémur. (Voy. *Archiv f. klin. Chirurgie*, von Langenbeck., vol. V, pl. I, Berlin 1863.)

M. Mathieu a perfectionné un autre appareil à treuil de Jarvis pour la réduction des luxations de l'épaule, du coude, de la hanche et du genou, mais nous croyons encore nos modèles plus simples, d'une application plus générale et plus facile, et moins exposés aux accidents.

BIBLIOTECA

FAC. DE MED. U.A.M.L.

BIBLIOTECA

FAC. DE MED. U.A.M.L.

BIBLIOTECA

FAC. DE MED. U.A.M.L.