

la réduction. Je lui laisse croire que je me livre à un simple examen. Je le fais asseoir bien enfoncé dans sa chaise, je m'assieds en face de lui et assez près pour que les genoux de l'un touchent la chaise de l'autre. J'exécute assez rapidement les deux premiers temps et je place presque aussitôt le bras blessé dans la troisième position.

Supposons maintenant qu'il s'agisse d'une luxation de l'épaule gauche. Pour conserver libre ma main gauche avec laquelle je suis le déplacement de la tête humérale, je fais placer la main gauche du blessé sur mon épaule droite, la paume de sa main appliquée sur le côté droit de mon cou. Par raison de propreté, je fais mettre un gant à cette main ou je la recouvre d'un linge. C'est avec la tête et le cou que je maintiens l'avant-bras du blessé dans la rotation en dehors. De ma main droite, entre le pouce et l'index, je saisis le coude du blessé, et tout doucement, je pousse le coude du blessé *en haut, en avant et en dedans*, ces directions étant comptées par rapport au blessé. Je fais ce mouvement très lentement et très régulièrement, gagnant tout au plus un centimètre par seconde. Quand je ne peux plus avancer, je m'arrête et j'attends; pas bien longtemps en général, car tout d'un coup le petit ressaut caractéristique se produit, et la tête rentre dans sa cavité.

Ce procédé a un très grand inconvénient dans la clientèle, c'est qu'il paraît si simple qu'on semble n'avoir rien fait... et M. Gallois montre par un exemple qu'il est bon de prendre ses précautions à ce point de vue.

—A propos de cet article: M. le Professeur Farabeuf a adressé sur ce sujet à M. Gallois une lettre publiée dans le même journal, lettre qui vient compléter très heureusement les indications données par notre confrère. Monsieur et honoré Confrère,

J'ai été étonné de lire dans votre article du *Bulletin médical* du 11 décembre: "Certains chirurgiens trouvent la méthode de Kocher brutale (!), d'autres inefficace".

Comment! nous en sommes là, en 1910?

Il y a bien longtemps qu'à la Société de chirurgie, dont j'étais membre, j'ai démontré, pièces en mains, le mécanisme vrai de la réduction par le procédé de Kocher et les conditions de la réussite.

Kocher s'étant trompé dans son explication, en faisant intervenir comme collaborateur le ligament suspenseur de l'humérus (comprenez l'ensemble des fibres qui descendent du caracorde et du sommet sus-glénoïdien, à la tête humérale). C'est la partie postérieure de la capsule, doublée des tendons rotateurs en dehors, qu'il faut incriminer, si l'on peut employer ce mot, pour indiquer l'action *adjacente* indispensable de cette partie ligamenteuse *généralement* persistante, c'est-à-dire non déchirée. C'est cette partie qui limite le transport en dedans de la tête humérale.

Vient-elle à se rompre ou à arracher ses insertions rétro-tubérositaires — ce qui revient au même — la tête s'en va *franchement* en dedans de la coracoïde *sous la clavicule*. C'est alors que le procédé de Kocher est efficace. Il l'est, il ne peut pas ne pas l'être.

Je mets à part aussi les luxations qui sont le résultat d'une cause directe ayant poussé la tête à travers un trou

capsulaire fort étroit qui en étreint le col et amène une interposition capsulaire quand on reporte la tête au droit de la glène.

Mais dans toutes les sous et intra-coracoïdiennes mélangées communes, c'est-à-dire dans presque toutes les luxations que rencontre le praticien, le Kocher bien fait est *efficace, rapide* malgré la lenteur voulue de son exécution (lentour! quelques minutes!) pour réaliser l'*indolence* et ne pas provoquer de réaction musculaire.

Vous avez raison de dire qu'il faut savoir "entortiller" le malade par des paroles qui lui ôtent toute appréhension. Vous vous y prenez fort bien en faisant "de la tête et des mains" pour produire insensiblement, mais au maximum possible, la *rotation* de l'humérus en dehors et l'*abduction* du coude au flanc. Ainsi vous amenez le front glissant de la tête humérale cartilagineuse sous le bec coracoïdien, au même temps que vous tendez la capsule postérieure persistante, notamment sa partie inférieure qui va ramener la tête en dehors, à sa place quand tout à l'heure vous allez porter le coude en dedans, en frotant les côtes, et, finalement, le sternum, troisième et dernier temps.

C'est pour vouloir exécuter l'inutile, le plus qu'inutile le temps, que l'on compromet souvent la réussite, car en portant la main vers l'épaule saine, on provoque la pronation et l'on détruit prématurément l'indispensable rotation externe maxime de l'utérus. Je vous approuve donc en tout; peu vous importe, mais ça me fait plaisir de vous le dire.

Félicitations confraternelles.

L. H. FARABEUF.

Notes de Pédiatrie

Par LE Dr L. VERNER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

L'EMPLOI DE LA DIGITALINE ET DE LA THEOBROMINE CHEZ LES ENFANTS

MM. Nobécourt et Amar ont entrepris, dans le service de M. le Professeur Hutinel, des recherches relatives à la posologie et aux indications de la digitaline chez les enfants, recherches dont ils publient les résultats dans les *Archives de médecine des Enfants*.

Voici tout d'abord quelques citations montrant combien les opinions varient à ce sujet.

J. Simon conseille vivement de ne jamais prescrire la digitaline. "Marfan, écrit le professeur E. Weill, préconise la digitaline cristallisée à la dose de un cinquième à un quart de milligramme de cinq à dix ans et jamais au-dessous de cinq ans. Huchard ne donne un quart de milligramme de digitaline cristallisée qu'au-dessus de dix ans. J'ai administré à plusieurs reprises, sans incon-