

cherche à ramener les deux membres dans une direction parallèle à l'axe du tronc, le membre du côté malade étant maintenu dans un état de fixité, le bassin se relève du côté correspondant à la coxalgie, s'abaisse du côté opposé; et comme le bassin est articulé avec les deux fémurs, l'une des cuisses se raccourcit pendant que l'autre s'allonge.

3° Il résulte des considérations précédentes que, si, au lieu d'apprécier à la simple vue les changements de longueur des membres inférieurs, on a recours, comme on le fait habituellement, à la mensuration, en prenant pour point de repère les épines iliaques et les malléoles, on est encore exposé à se tromper. Si le membre du côté malade est porté dans l'abduction, la distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la malléole externe sera moins considérable que si le membre est dans l'adduction. Si le membre affecté de coxalgie est porté dans la flexion, l'extrémité inférieure du membre se rapprochera encore de l'épine iliaque, d'où un raccourcissement par la mensuration faite de cette épine à la malléole. Pour reconnaître avec exactitude s'il y a rallongement ou raccourcissement d'un membre atteint de coxalgie, il faut donc tenir compte de la position du malade, de la situation relative des membres inférieurs par rapport au bassin, de la situation de ce dernier par rapport à la colonne vertébrale.

Anatomie pathologique. Les lésions que l'on rencontre dans la coxalgie diffèrent suivant la nature de l'affection dont l'articulation de la hanche est le siège. Dans l'inflammation aiguë, on trouve de la sérosité, des fausses membranes ou même du pus; dans l'inflammation chronique, un état lardacé du tissu cellulaire périarticulaire, une ulcération des surfaces articulaires; dans les tumeurs fongueuses, des fongosités dans le paquet celluloadipeux qui remplit le fond de la cavité cotyloïde et à la surface interne de la capsule; une absorption des cartilages; une infiltration de matière fongueuse ou de pus dans les os; une ulcération de la tête du fémur et du rebord de la cavité cotyloïde; les fongosités sont souvent mélangées d'une quantité plus ou moins considérable de pus. La destruction des surfaces articulaires entraîne des déplacements du fémur, soit dans la fosse iliaque externe, soit dans la fosse obturatrice, soit sur le pubis, soit dans l'intérieur du bassin par une perforation de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde.

Symptômes. Lorsque la coxalgie débute par une arthrite aiguë de l'articulation coxo-fémorale, les malades éprouvent des douleurs vives dans la hanche, exaspérées par la pression sur le pourtour de la jointure et par les mouvements imprimés à la cuisse. Ces douleurs occupent très-souvent le genou en même temps que la hanche. Le membre du côté affecté est entraîné dans l'une des positions que nous avons précédemment indiquées et y demeure d'une manière permanente; de là un allongement ou un raccourcissement apparents. En même temps, toute la région de la hanche est tuméfiée; les ganglions inguinaux participent à cette tuméfaction. Il y a des phénomènes réactionnels plus ou moins intenses.

La coxalgie qui débute par une inflammation chronique, celle qui est caractérisée par une tumeur fongueuse ou par l'altération des surfaces articulaires, s'annonce par une douleur sourde dans la jointure, s'étendant le

plus souvent, et avec une intensité quelquefois plus grande que dans la hanche, dans l'articulation du genou. Les mouvements sont moins douloureux que dans la variété précédente; les malades ne tardent pas à prendre l'une des positions du membre inférieur précédemment décrites.

On a cherché à expliquer de diverses manières la douleur qu'éprouvent dans l'articulation du genou les malades atteints de coxalgie. On a attribué cette douleur à une extension de l'inflammation de l'extrémité supérieure du fémur à l'extrémité inférieure du même os, à travers le canal médullaire; à une transmission de la douleur par le périoste enflammé; à un état morbide du nerf saphène interne, qui, ainsi qu'on le sait, avoisine l'articulation malade et envoie des filets nerveux autour du genou. Les deux premières explications ne reposent sur aucune démonstration d'anatomie pathologique, la troisième paraît plus satisfaisante au premier abord; toutefois, si l'on considère que le nerf saphène interne se distribue également à la face interne de la jambe et aux articulations du tarse, on se demande pourquoi les malades n'éprouvent pas de douleurs dans ces points. Bonnet a donné une autre interprétation de la douleur du genou. Elle résulte, d'après ce chirurgien, de la coexistence de lésions analogues dans les deux jointures, des tiraillements exercés sur les ligaments de l'articulation du genou par suite de la position vicieuse prise par le membre inférieur du côté affecté, et enfin des lésions qui se développent dans le genou par le fait de l'immobilité prolongée du membre.

Marche et terminaisons. La coxalgie aiguë se termine quelquefois par la guérison complète avec rétablissement des mouvements de l'articulation. Le plus souvent elle passe à l'état chronique et offre une durée très-longue. C'est alors que l'on observe ces positions anormales et fixes de la cuisse et du bassin que nous avons indiquées précédemment. Dans les cas les moins défavorables, le malade guérit avec une ankylose de la hanche et toutes les conséquences fâcheuses qui en résultent pour la station et la progression. Dans d'autres cas, il se forme des abcès dans l'articulation, ou bien encore l'ulcération des surfaces articulaires donne lieu à une luxation du fémur sur le bassin. Ces deux accidents exigent quelques développements particuliers.

1° Le pus, après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans l'articulation de la hanche, se fraye un passage à l'extérieur de la capsule dans un point variable suivant les cas, et subordonné, d'après Bonnet, à la situation du membre. Si la cuisse est médiocrement étendue, et que la tête du fémur ne presse sur aucun point de la capsule, la synoviale se rompt en dedans de la cavité cotyloïde, au niveau de l'ouverture qui donne passage aux vaisseaux du ligament rond; le pus se répand entre les muscles adducteurs et vient former une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse. Si le membre est dans la rotation en dehors, la tête du fémur appuie contre la partie antérieure et interne de la capsule, qui, ulcérée dans ce point, livre passage au pus; ce liquide se répand dans la gaine du muscle psoas iliaque, et la tumeur qui en résulte s'étend souvent jusque dans la fosse iliaque. L'abcès s'ouvre ultérieurement à la partie postérieure et externe

de la cuisse ; ou bien le pus se répand entre les muscles de la partie interne de la cuisse, ou bien encore sur les côtés du muscle crural antérieur. Si le membre est dans la rotation en dedans, c'est la partie postérieure de la capsule qui cède à la pression exercée par la tête du fémur ; le pus, s'échappant par cette voie, vient se placer au-devant des muscles pelvi-trochantériens ; tantôt alors ce liquide fuse le long de ces muscles jusque dans le bassin ; tantôt, et plus souvent, il traverse ces muscles, arrive au-devant du grand fessier, suit le grand nerf sciatique et vient former une tumeur un peu au-dessous de la fesse.

Telle est la marche des abcès froids dans les coxalgies suppurées, lorsque le tissu cellulaire périarticulaire et les muscles ne sont pas altérés ; il n'en est plus de même lorsque ces parties sont ramollies dans certains points par des fongosités, indurées dans d'autres par des tissus fibreux de nouvelle formation ; dans ce cas, la migration du pus n'est plus régulière.

2° Les déplacements consécutifs du fémur sont de trois genres. Il peut y avoir enfoncement de la tête du fémur dans le bassin à travers l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, ainsi que cela a été observé par Rust, Ford, Larrey, etc. ; ou bien encore une luxation de la tête du fémur sur le trou obturateur, ainsi que Portal l'a constaté dans quelques autopsies. Le plus souvent la tête du fémur se luxe dans la fosse iliaque externe, et c'est spécialement ce dernier genre de déplacement qui a attiré l'attention des chirurgiens. Il est facile de comprendre cette luxation lorsque les surfaces articulaires sont en partie détruites et que le fémur n'est plus emboîté dans la cavité cotyloïde ; mais quand le rebord cotyloïdien est conservé, il est moins aisé d'en saisir le mécanisme. De là des interprétations diverses données par les auteurs : les uns (A. Bérard, Parise) admettent que la tête du fémur est repoussée par l'accumulation d'un liquide dans l'article, opinion qui ne s'accorde guère avec les expériences de Bonnet ; d'autres (Boyer, Larrey, Desault) admettent un gonflement des cartilages et du tissu adipeux du fond de la cavité cotyloïde ; si ce gonflement joue un rôle dans la luxation du fémur, il doit être bien restreint. Bonnet explique le déplacement du fémur par la position du malade, qui porte la cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans : cette position, comme nous l'avons dit plus haut, distend la capsule articulaire à sa partie postérieure et supérieure, l'ulcère dans ce point, d'où l'issue de la tête fémorale dans cette direction.

Diagnostic. Il est facile de reconnaître une coxalgie, mais il est très-difficile d'apprécier exactement les altérations dont l'articulation est le siège. On pourrait confondre la coxalgie avec une arthropathie du genou, si le malade attirait spécialement l'attention du chirurgien sur les douleurs qu'il éprouve dans cette articulation. L'examen attentif de la hanche, des effets produits par les mouvements imprimés à la cuisse, permettront d'éviter une erreur. C'est encore par ce dernier mode d'exploration qu'on distinguera la coxalgie des affections du grand trochanter ou de la portion du bassin qui avoisine l'articulation.

Les abcès qui se forment chez les individus atteints de coxalgie peuvent

en imposer pour des collections purulentes provenant soit de la colonne vertébrale, soit de l'ischion, soit du grand trochanter ; on les distinguera par l'état de fixité de la cuisse sur le bassin, l'allongement ou le raccourcissement du membre, les craquements perçus dans l'articulation pendant les mouvements de la cuisse.

Pronostic. Il est subordonné aux altérations de l'articulation coxo-fémorale ; il est toujours grave, en ce sens qu'il est rare que les malades atteints de coxalgie guérissent sans conserver une grande roideur dans la hanche ; que le plus souvent le membre reste dans une attitude qui gêne la marche ; ou bien encore que le membre reste définitivement raccourci ou allongé par une luxation.

Traitement. Nous avons précédemment exposé le traitement général et local appliqué aux diverses affections articulaires. Il y a dans la coxalgie quelques indications spéciales à remplir, en raison de la position vicieuse prise par la cuisse dans cette affection. Si l'on se pénètre bien en effet de l'influence qu'exerce cette position sur la marche générale de la maladie, on comprendra avec Bonnet (de Lyon) qu'il est nécessaire de rendre à la hanche une bonne direction. Lorsque les coxalgies sont anciennes, on ne fait disparaître la difformité que par une opération dont le premier temps consiste à rompre les adhérences et à assouplir la hanche. Pour arriver à ce résultat, le chirurgien lyonnais fait d'abord fixer le bassin solidement en étendant sur une planche matelassée la partie postérieure et inférieure du tronc, qu'on serre des deux côtés par des leviers qu'on peut maintenir rapprochés avec force ; des sous-cuisses en boudin retiennent les ischions et les pubis. On *éthérise* le malade ; on saisit la cuisse à la partie inférieure et on lui imprime, suivant son axe, une série alternative de tractions et de répulsions. On procède ensuite au mouvement de flexion, que l'on fait exécuter sans changer l'inclinaison du fémur. On cherche à porter la flexion jusqu'à faire toucher le devant de la cuisse à la partie antérieure du ventre. On passe ensuite aux mouvements d'extension, puis enfin à la circumduction, en faisant décrire au genou un cercle de plus en plus étendu.

Lorsque les manœuvres précédentes sont rendues difficiles par la rétraction des muscles fléchisseurs ou des adducteurs, Bonnet en fait la section sous-cutanée.

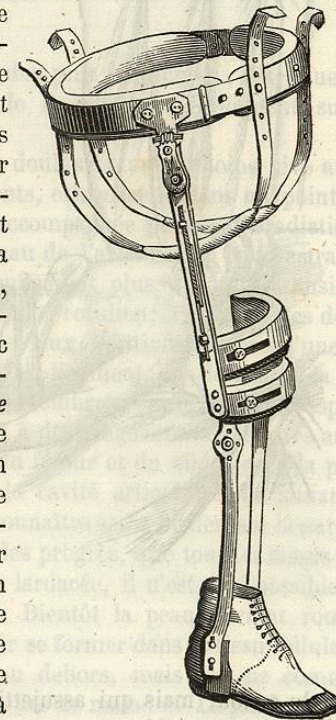


Fig. 140.

Une fois l'assouplissement rendu aussi complet que possible et les résistances musculaires et tendineuses vaincues par les mouvements imprimés au membre ou par la section des muscles, on procède au redressement, en portant la cuisse dans l'extension et en la ramenant dans la direction de l'axe du corps. Le membre est assujéti dans la position où il a été ramené au moyen du bandage inamovible amidonné de Seutin, que l'on peut remplacer par l'appareil ouaté de Burggræve (fig. 139, p. 618). Bonnet complète l'appareil qui embrasse la cuisse et le bassin par des attelles de fil de fer recuit que l'on place en avant, en dehors et en arrière du membre inférieur et du bassin.

Après quinze jours de repos au lit, le malade peut se lever et marcher avec des béquilles. Plus tard, on peut lui permettre de marcher au moyen d'un tuteur (fig. 140, p. 625) qui laisse libres les mouvements du pied

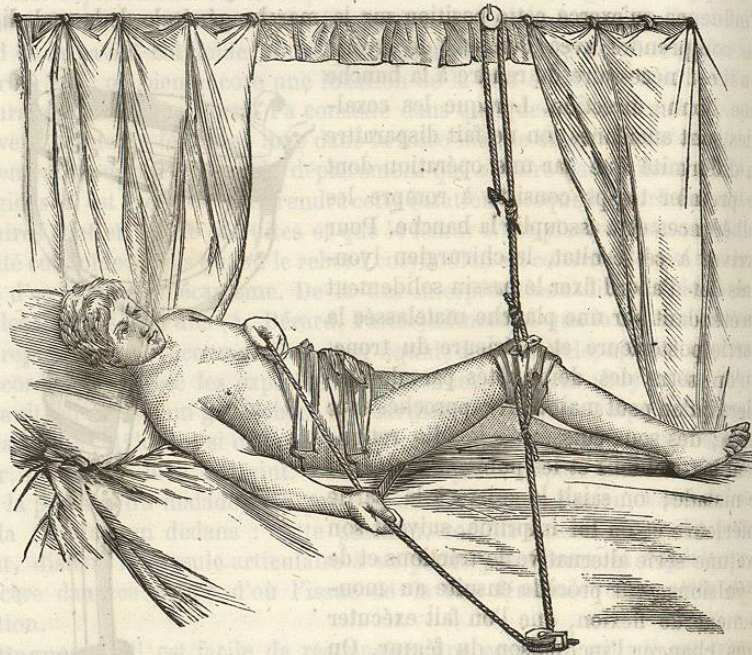


Fig. 141.

et du genou, mais qui assujéti la hanche de la même manière que le bandage inamovible.

L'appareil que nous avons déjà mentionné pour le traitement des fractures du col du fémur (fig. 74, p. 390) peut servir la nuit.

Pour résoudre les engorgements, favoriser l'organisation des fongosités, donner issue à la suppuration, Bonnet pratique la cautérisation au moyen

de pastilles de potasse, pendant la durée de l'application du bandage inamovible.

A une époque plus avancée, quand la hanche a repris sa conformation normale, que le membre inférieur a recouvré sa rectitude, on favorise le rétablissement des mouvements de l'articulation coxo-fémorale par des appareils à mouvements variés. Le mécanisme est des plus simples. Il appartient à Desgranges : On assujéti le bassin par des manchons ou des cordes que l'on fixe à des anneaux attachés à la planche sur laquelle le malade est couché. Un système de cordes attachées au genou et de poulies permet au patient d'exercer des tractions qui ont pour effet de communiquer des mouvements de flexion et d'extension à la cuisse (voy. la figure 141, p. 626).

Les faits rapportés par Barrier, Berne, Philipeaux, A. Bonnes, J. Garin, témoignent de l'utilité des principes que nous venons de rappeler.

X. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION TIBIO-FÉMORALE.

La tumeur blanche du genou est une des plus fréquentes ; l'étendue de la synoviale, la position superficielle de la jointure l'expliquent suffisamment.

Symptômes. Au début, il existe une douleur plus ou moins vive augmentant par la pression et les mouvements, circonscrite dans un point ou étendue à la totalité de l'articulation, accompagnée parfois d'irradiations dans la jambe et le pied, surtout au niveau de l'articulation tibio-astragale. En même temps il existe un gonflement plus ou moins considérable, surtout de chaque côté du ligament rotulien ; à la place des deux fossettes existant normalement, on trouve deux élévations séparées l'une de l'autre par une gouttière correspondant au ligament ; au-dessus de la rotule le tendon du triceps est soulevé ; le membre présente alors un aspect cylindrique. Ce gonflement peut être dû à des fongosités articulaires auxquelles se joint l'ostéite des extrémités du fémur et du tibia, ou à la présence d'une collection de liquide dans la cavité articulaire. La situation superficielle de la jointure permet de reconnaître assez facilement la nature du gonflement. Quand la maladie a fait des progrès, que tous les tissus périarticulaires ont subi la dégénérescence lardacée, il n'est plus possible de reconnaître chacune de ces altérations. Bientôt la peau devient rouge, chaude, luisante ; il n'est pas rare de voir se former dans le tissu cellulaire sous-cutané des abcès, qui s'ouvrent au dehors, mais qui ne communiquent point avec l'articulation ou avec les os malades. La jambe se fléchit sur la cuisse, les muscles périarticulaires sont contracturés ; et quand le malade repose au lit, il fléchit instinctivement la jambe sur la cuisse et renverse la jambe quelquefois sur la face interne, plus souvent sur la face externe. A la période de suppuration, les abcès se font jour le plus souvent soit en dedans, soit en dehors de la rotule ; d'autres fois la synoviale se per-

fore au niveau des bosselures sous-rotuliennes, et le pus fuse au niveau des condyles du tibia. Enfin on a vu l'épanchement articulaire rompre la synoviale au niveau de la bosselure placée au-dessous du triceps; le pus fuse sous les attaches profondes de ce muscle au fémur, les décolle et se fait jour à la région trochantérienne. Les luxations spontanées ne sont point rares. La plus fréquente est celle du tibia en dehors, le fémur faisant saillie en dedans; dans d'autres cas il y a simplement rotation du tibia en de-

hors; il peut se faire aussi une luxation des condyles du fémur en arrière du tibia.

Diagnostic. L'hydarthrose peut être confondue avec la tumeur blanche du genou: l'absence de douleur, la présence d'un épanchement franchement fluctuant suffisent à faire reconnaître la première de ces affections.

Pronostic. La tumeur blanche du genou est une affection grave; abandonnée à elle-même, elle amène la mort du sujet; souvent, malgré un traitement bien dirigé, on est obligé d'en venir à une opération sanglante (amputation, résection). Quand la maladie guérit, c'est avec une ankylose qui nuit plus ou moins aux fonctions du membre.

Traitement. Il faut d'abord immobiliser le membre. On peut dans ce but employer une gouttière (voy. fig. 56, p. 534), mais il est préférable de recourir à l'appareil inamovible ouaté (fig. 142). Avant de l'appliquer, il faut procéder au redressement du genou, afin d'obtenir une ankylose dans la position la plus favorable aux mouvements du membre. Le redressement peut

être exécuté d'une manière brusque ou graduelle d'après l'état de l'articulation. L'appareil reste en place trois à quatre semaines, puis on le renouvelle; si le redressement n'a pas été complet la première fois, on l'augmente à l'application du nouvel appareil. Après la guérison, on peut chercher à obtenir le retour des fonctions de la jointure par l'emploi d'appareils de mouvements, comme celui que nous reproduisons d'après Bonnet (fig. 143).



Fig. 142.

Si l'affection ne cède pas à un traitement bien dirigé, il faut recourir à l'amputation de la cuisse. La résection donne en général de mauvais résultats, et les malades qui ont guéri par cette opération présentent des

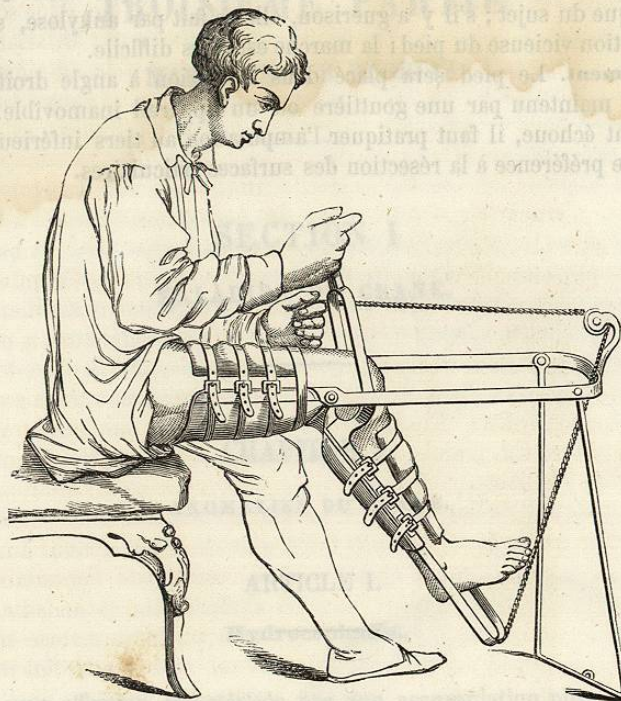


Fig. 143.

difformités telles, que la marche est complètement impossible; l'amputation est préférable, elle permet l'application d'appareils de prothèse.

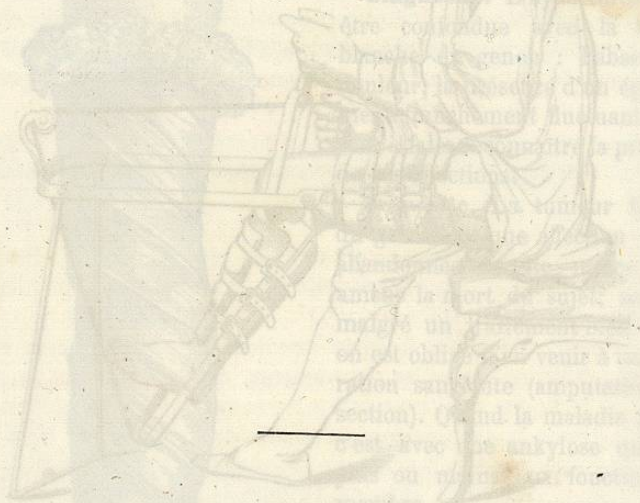
XI. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Elles succèdent souvent aux entorses. Au début, il existe, au pourtour de l'articulation, une douleur plus ou moins vive, exaspérée par les mouvements et par la marche avec des irradiations dans le pied et surtout le gros orteil; quelquefois à la partie postérieure de la jambe il y a du gonflement, la marche devient impossible. Plus tard le gonflement augmente, les fongosités envahissent les synoviales des articulations du pied et les gaines tendineuses, les dépressions normales disparaissent, les malléoles augmentent de volume. La peau est rouge, chaude, luisante; bientôt des abcès viennent s'ouvrir au-devant des malléoles; le pus peut fuser dans les

gaines musculaires et remonter du côté de la jambe; les malléoles sont atteintes de carie ou de nécrose. Le pied est dans l'extension, parfois il se fait une semi-luxation en avant; dans certains cas en dedans ou en dehors.

Le pronostic est grave. La mort peut survenir par suite de l'état cachectique du sujet; s'il y a guérison, elle se fait par ankylose, souvent avec position vicieuse du pied; la marche est alors difficile.

Traitement. Le pied sera placé dans la flexion à angle droit sur la jambe et maintenu par une gouttière ou un appareil inamovible. Si ce traitement échoue, il faut pratiquer l'amputation au tiers inférieur de la jambe, de préférence à la résection des surfaces articulaires.



TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES RÉGIONS

SECTION I

MALADIES DU CRANE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DU CRANE.

ARTICLE I.

Hydrocéphalie.

C'est une affection caractérisée par une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité du crâne, accumulation qui se fait avec lenteur et produit l'accroissement de volume du crâne en même temps que des troubles des fonctions du système nerveux. On l'appelle aussi *hydrocéphale*, *hydrencéphale*.

Anatomie pathologique. Le liquide accumulé dans le crâne occupe généralement les ventricules de l'encéphale; il y a distension et agrandissement de ces cavités et des parties du cerveau qui les font communiquer, notamment des trous de Monro et de l'aqueduc de Sylvius; quelquefois le liquide occupe simultanément le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle épinière; lorsque ce cordon nerveux est pourvu d'un canal central, ce dernier peut être aussi rempli de liquide. Dans d'autres cas, le liquide intracrânien distend le sac de l'arachnoïde recouvert par la dure-mère, les os du crâne amincis et séparés par des intervalles membraneux, la peau; la distension des tissus les amincit parfois à un degré qui permet de reconnaître la transparence de la tumeur. On a aussi signalé la présence du liquide entre l'arachnoïde pariétale et la dure-mère, entre la pie-mère et le cerveau.

La quantité de liquide contenue dans le crâne varie de 30 à 1000