

quand la cuisse a pris une position vicieuse, il faut procéder de la manière suivante : le malade étant endormi, on cherche à redresser le membre et à faire exécuter plusieurs mouvements à l'articulation ; puis, lorsqu'on a rendu au fémur sa direction normale, on l'immobilise. Le meilleur appareil se compose de deux attelles de fil de fer, dont l'une est roulée autour de la taille, tandis que l'autre est placée verticalement le long de la face externe de la cuisse et de la jambe. On le fixe au moyen de bandes imprégnées d'une solution de dextrine : on obtient ainsi un appareil très-solide, et qui maintient le membre dans une complète immobilité. Avant d'appliquer les attelles, il faut avoir soin de recouvrir toutes les parties sous-jacentes avec un caleçon doublé d'une couche de ouate. Cet appareil doit rester longtemps en place ; on est souvent obligé de le renouveler à plusieurs reprises.

Lorsqu'il y a des fistules consécutives à l'ouverture des abcès, qu'y a-t-il à faire ? Autrefois, on abandonnait les malades, qui étaient voués à une mort certaine ; aujourd'hui, on fait mieux : on pratique la résection de la tête du fémur.

La cavité cotyloïde est moins souvent atteinte ; il paraît que, même dans ces derniers cas, en ruginant la carie de cette portion de l'os coxal, on a guéri quelques sujets. En Angleterre, on pratique assez souvent cette opération.

V. — SACRO-COXALGIE.

On donne ce nom à la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque. Elle est peu fréquente ; quant à ses causes, elles sont les mêmes que celles de toutes les tumeurs blanches. On a signalé l'état puerpéral comme prédisposant à cette affection.

Les lésions sont les mêmes que celles des autres tumeurs blanches.

Les symptômes sont les suivants : au début, le malade ressent une douleur au niveau de l'épine iliaque postérieure, douleur qui est fixe, persistante, augmentant pendant la station verticale ; il lui est impossible de s'appuyer sur le pied du côté correspondant à la lésion. Quelquefois, la douleur s'irradie jusqu'au genou, comme nous l'avons vu pour la coxalgie. On constate, par la palpation, l'empatement de la région sacro-iliaque, et on exaspère la douleur soit en appuyant directement sur ce point, soit en pressant l'une contre l'autre les deux crêtes iliaques. Plus tard il existe une véritable tuméfaction inflammatoire au niveau de l'articulation, et on voit quelquefois se former des abcès.

L'os iliaque étant abaissé, le membre inférieur s'allonge, et comme il ne peut supporter le poids du corps, le malade boite, en s'appuyant uniquement sur le membre sain. La claudication apparaît de bonne heure ; elle augmente à mesure que la maladie fait des progrès. Souvent, à une époque plus avancée, les malades sont obligés de garder le lit.

La marche et la terminaison n'offrent rien de spécial ; comme toutes les tumeurs blanches, la sacro-coxalgie peut se terminer par ankylose, ou par la formation d'abcès entraînant la mort du malade par infection putride ou par épuisement.

On la traite par l'immobilité ; on se trouve bien d'une ceinture qui embrasse le bassin et qui comprime les surfaces malades l'une contre l'autre.

ARTICLE DEUXIÈME

MALADIES DE LA CUISSE

La cuisse peut être le siège d'une foule de maladies : *phlegmons, anévrysmes, varices*, etc., etc. Nous ne pourrions entrer dans aucun détail sans répéter ce que nous avons dit en décrivant les maladies des tissus ; nous dirons quelques mots des fractures du corps du fémur.

FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR.

Causes. — Des causes directes peuvent produire ces fractures. Très-souvent, elles se montrent à la suite d'une chute sur les genoux, et rarement d'une chute sur les pieds.

Variétés. — On peut rencontrer toutes les variétés dont il a été question dans les fractures en général. Dans les fractures indirectes, on observe presque toujours une direction oblique des surfaces fracturées, de haut en bas et d'arrière en avant. Chez les enfants, on constate quelquefois une fracture transversale sans déplacement.

Déplacement. — Ce déplacement est variable dans les fractures di-



FIG. 124. — Fracture du fémur. (Direction de la fracture et déplacement des fragments.)

rectes. Dans les fractures indirectes, le fragment supérieur tend à être

porté en avant par le muscle psoas iliaque; le fragment inférieur se déplace suivant la rotation et suivant la longueur.

Le premier de ces déplacements est déterminé par les muscles adducteurs qui portent en dedans le bord postérieur du fémur, sur lequel ils s'insèrent. Le deuxième est dû à la tonicité des divers muscles qui s'étendent du bassin au fragment inférieur ou aux os de la jambe. Ce chevauchement, et le raccourcissement qui en est la conséquence nécessaire, seraient beaucoup plus considérables, si les fragments n'étaient retenus par les insertions du triceps crural.

Symptômes. — On constate les symptômes communs à toutes les fractures : douleur, impuissance du membre, mobilité anormale, crépitation, déformation.

Pour percevoir la crépitation, il suffit de placer la main au-dessous de la cuisse, et de chercher à imprimer un léger soulèvement à cette partie du membre.

Il est rare que dans ce mouvement la crépitation ne se fasse pas entendre. La déformation consiste dans un raccourcissement qui peut être très-considérable, et dans la torsion du membre vers le milieu de la cuisse : cette torsion est déterminée par la rotation du fragment inférieur.

Marche et terminaison. — Les fractures du corps du fémur se consolident lentement, et souvent le malade ne peut se servir de son membre qu'après cinquante à soixante jours, et même davantage. Il n'est pas rare d'observer une pseudarthrose.

Traitement. — On réduit en exerçant une traction peu considérable sur le pied, et en ramenant sa pointe en avant; ensuite, on procède à l'application de l'appareil. L'appareil de Scultet immobilise bien le membre; mais on n'est pas toujours sûr de prévenir le raccourcissement, et par suite la claudication, si fréquente après les fractures du fémur. L'extension continue, pratiquée comme nous allons l'indiquer, donne, à ce point de vue, de bons résultats : une large bandelette de diachylon est appliquée sur les côtés externe et interne de la jambe, de manière que sa partie moyenne réponde à la plante du pied, en la dépassant un peu, de façon à former une sorte de sous-pied. Elle est fixée par d'autres bandelettes circulairement disposées autour de la jambe. Dans cet anneau formé par la première bandelette, on passe un ruban de caoutchouc qui est attaché au pied du lit; la contre-extension est faite au moyen d'une alèze passée à la partie supérieure et interne de la cuisse, et fixée à la tête du lit. Grâce à l'élasticité du caoutchouc, on obtient ainsi une extension continue, mais douce, graduelle, qui n'est pas pénible pour le malade, et dont l'action incessante finit souvent par restituer au membre sa longueur normale.

ARTICLE TROISIÈME

MALADIES DU GENOU

Le genou comprend l'articulation, la partie inférieure du fémur et la partie supérieure des os de la jambe.

Lorsque nous avons décrit les lésions articulaires, nous avons souvent pris le genou pour type : pour l'*hydarthrose*, l'*arthrite*, la *tumeur blanche*, les *plaies articulaires*. C'est que, en effet, ces lésions affectent souvent le genou. Il semble aussi que les *tumeurs des os* aient une prédilection marquée pour les extrémités osseuses qui constituent cette articulation; nous avons fait cette remarque en parlant des *tumeurs à myéloplaxes*, les *anévrismes* des os et le *cancer* des os.

Nous décrirons dans cet article les fractures de l'extrémité inférieure du fémur et les fractures de la rotule, les luxations du tibia et de la rotule, l'anévrisme poplité et les kystes du creux poplité.

I. — FRACTURES DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR.

Ces fractures succèdent tantôt à une violence agissant directement sur le genou, tantôt à une cause indirecte, telle qu'une chute sur les pieds ou sur les genoux. Le choc est alors transmis aux condyles par le tibia ou par la rotule, qui résistent.

On peut observer des fractures siégeant au-dessus des deux condyles, et séparant l'extrémité inférieure du fémur du reste de l'os. D'autres fois, à cette solution de continuité se joint une fracture verticale, séparant le condyle interne de l'externe, et formant ainsi deux fragments. Enfin, un seul condyle peut être fracturé.

Le genou est déformé, il est souvent le siège d'un gonflement considérable, soit à cause de l'action directe du corps vulnérant, soit par suite d'un épanchement intra-articulaire. La rotule paraît plus mobile qu'à l'état normal; on peut, en pressant sur sa face antérieure, l'enfoncer d'avant en arrière; pendant cette manœuvre, on sent souvent la crépitation. Dans les fractures d'un seul condyle, la jambe se porte en dedans ou en dehors, suivant qu'il s'agit du condyle interne ou de l'externe : en effet, attiré en haut par les muscles qui y prennent insertion, le condyle entraîne avec lui le tibia, qui fait ainsi un angle obtus avec le fémur.

Le voisinage de l'articulation fait comprendre toute la gravité de ces fractures. La synoviale, les ligaments, peuvent être déchirés; il se produit un épanchement de sang dans la cavité articulaire, et souvent une arthrite consécutive.