

bre possède quelques légers mouvements de flexion ou non. L'obstacle aux mouvements de flexion du membre est dû ou bien au raccourcissement, à l'épaississement et à la raideur de la capsule articulaire ou bien à des adhérences fibreuses intra-articulaires. Ces obstacles cèdent sous l'influence des appareils à extension lente ou bien peuvent être rompus par une extension forcée.

Il n'y a pas plus de 40 ans on ne connaissait pas ce traitement, et toute jambe ankylosée dans la flexion était amputée. Ce fut à un orthopédiste français, L'ouvrier, que revint le mérite d'introduire dans la pratique le brisement forcé (avec machine et sans chloroforme). Mais son procédé ne fut pas suivi. Ce ne fut qu'à l'époque où la ténotomie sous-cutanée revint en honneur que l'extension brusque des ankyloses du genou fut reprise en Allemagne par Dieffenbach, et à Naples par Palasciano. Mais on commit la grosse erreur de croire que la ténotomie était un préambule nécessaire à l'extension forcée, sous prétexte que les tendons des fléchisseurs paraissaient tendus sous le doigt et formaient obstacle à l'extension. Ce fut Lorinser qui découvrit clairement l'erreur. Si en effet on songe que les longs fléchisseurs du genou ne sont raccourcis que d'un vingtième, tandis que la capsule l'est d'un tiers, on verra que le plus grand obstacle provient de la capsule. En effet le raccourcissement des muscles cède à une petite traction, et alors apparaît le véritable obstacle, celui qui est fourni par la capsule.

Depuis que B. von Langenbeck a démontré que ces deux obstacles disparaissaient sous le chloroforme, le redressement forcé a pris une grande extension. Le malade est endormi profondément, le chirurgien fait exécuter d'abord des mouvements de flexion pour rompre les adhérences antérieures, puis on redresse la jambe en exerçant une traction continue. On met immédiatement un appareil plâtré, et quand au bout de 8 ou 15 jours la sensibilité de l'articulation, qui a coutume de suivre l'opération, a disparu, on applique un appareil de fixation que le malade doit porter continuellement pour que la rétraction ne se reproduise pas.

Il est cependant des cas où l'extension forcée n'est pas possible :

1° Quand la région poplitée présente des cicatrices solides et que la jambe est très amaigrie, il y a des chances pour que l'artère poplitée soit étranglée par le tissu cicatriciel, et si on voulait exercer une traction forcée, elle pourrait se rompre, ce qui provoquerait une gangrène du membre inférieur ; on préconise alors le redressement lent par les machines (de Bonnet, de Quass, etc.) ;

2° Quand la jambe est subluxée en arrière, un redressement forcé pourrait augmenter le déplacement ou même le transformer en luxa-

tion complète ; il faut donc qu'il soit précédé d'un traitement orthopédique de la subluxation. C'est à quoi on parvient le plus facilement en appliquant dans l'appareil de Bonnet une couche de plus en plus épaisse sous l'extrémité supérieure du mollet, ce qui repousse lentement l'extrémité supérieure du tibia en avant. On peut ensuite recourir au redressement forcé. Dans certains cas on n'arrive même avec la

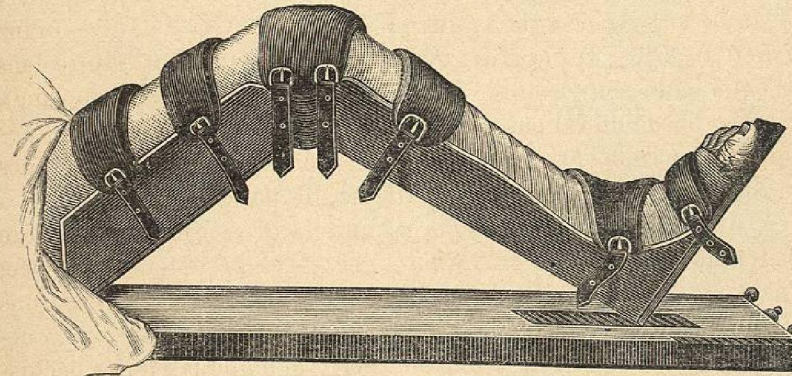


Fig. 93. — Appareil de Bonnet.

machine qu'à un résultat partiel ; on voit tout d'un coup se former des phlyctènes gangréneuses à la face postérieure du pied ou des douleurs intolérables. Si on craint une opération sanglante, il ne reste plus qu'à faire une prothèse pour permettre au malade de marcher.

Lorsqu'il existe des fusions osseuses ou que l'on se trouve en présence d'un insuccès du redressement à la machine, il reste à faire

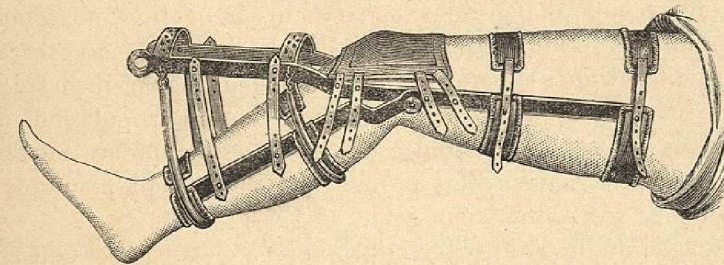


Fig. 94. — Appareil de Quass.

une ostéotomie cunéiforme ou bien dans la partie supra-condylienne de la substance spongieuse, ou bien dans les extrémités articulaires ramollies<sup>1</sup>.

Brainard préconisa un procédé destiné à remplacer ceux que

(1) Dans la plupart des ankyloses du genou, la résection est devenue, depuis l'antisepsie, la méthode de choix. (A. B.)