

Quoique cet appareil remplisse parfaitement l'indication, il est cependant d'un usage assez restreint, à cause de son prix élevé. Aussi a-t-on cherché à le remplacer par d'autres appareils moins dispendieux.

Guersant (fig. 20) se sert de deux longues attelles qu'il applique sur la face interne du membre inférieur. Dans leur longueur, ces attelles présentent de trois à cinq mortaises destinées à laisser passer les lacs qui

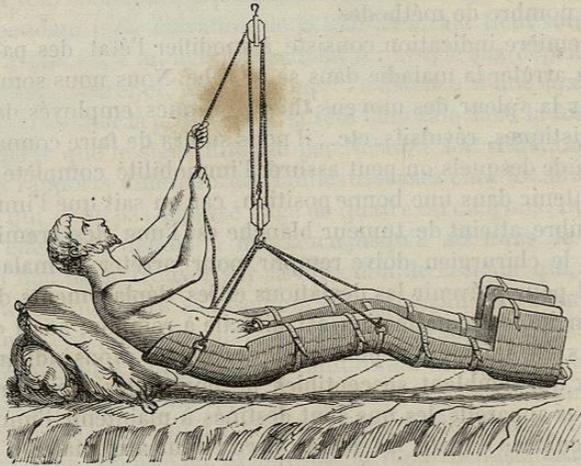


FIG. 19. — Gouttière de Bonnet (de Lyon).

doivent opérer la contention. Leur extrémité supérieure échancrée se prolonge jusqu'à l'aisselle; par leur extrémité inférieure, qui dépasse de quelques centimètres le niveau de la plante des pieds, les deux attelles sont unies par une traverse consistant en une planchette elliptique, verticalement placée, plus haute que les pieds, et présentant quatre mortaises verticales destinées à fixer des liens extenseurs. Deux coussins inter-

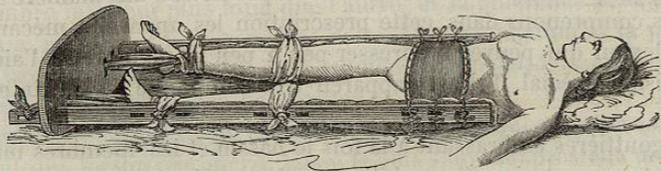


FIG. 20. — Appareil de Guersant.

posés entre les membres et les attelles, des cravates placées au niveau du genou et du cou-de-pied, un bandage de corps composé de deux pièces, dont l'une correspond à la partie antérieure, et l'autre à la partie postérieure, complètent l'appareil.

Giraldès a également imaginé un appareil susceptible de remplacer la gouttière de Bonnet. Cet appareil se compose d'une plaque de tôle concave,

rembourrée d'étoffe de crin pour servir d'appui au siège du malade. Cette plaque est fixée par des vis à écrou, à deux attelles latérales, réunies par leur partie inférieure avec une traverse munie elle-même de deux crochets pour la contre-extension. Chaque attelle porte à sa partie supérieure un crochet auquel s'attachent des sous-cuisses qui assurent l'immobilité du bassin. Des coussins de balle d'avoine sont situés en dedans des attelles, qui présentent des mortaises pour le passage de liens destinés à fixer les membres inférieurs.

R. Marjolin place sur les deux membres un bandage de Scultet ou un bandage roulé, et applique par-dessus des coussins et des attelles. Les attelles internes n'ont que la longueur du membre, les externes se prolongent jusqu'à la base de la poitrine. Puis il applique sur le membre malade un bandage amidonné ou dextriné, qui se prolonge sur le bassin, l'abdomen et la base de la poitrine, en embrassant les deux attelles et les fixant sur les parties latérales du tronc.

Les appareils de Guersant et de Marjolin, quoique de beaucoup inférieurs à la gouttière de Bonnet, immobilisent bien la jointure; mais le premier a l'inconvénient de se déplacer facilement; le second est facilement souillé par l'urine et les matières fécales, et lorsqu'on veut le remplacer, la manœuvre est longue et pénible.

Aussi doit-on donner la préférence à d'autres appareils qui, remplissant la même indication, permettent aux malades de se lever. Divers bandages inamovibles ont été imaginés dans ce but. Nous mentionnerons plus particulièrement celui de Verneuil.

On recouvre le bassin et le membre affecté de coxalgie d'un caleçon sur lequel on a faufilé à l'avance une couche épaisse d'ouate. Ce caleçon est coupé à la hauteur du pli de l'aîne, du côté sain; de l'autre côté, il descend jusqu'au milieu de la jambe. Une attelle de fil de fer, large d'environ 10 centimètres pour un adulte, un peu plus étroite pour les enfants entoure le bassin. Il faut avoir soin de bien rembourrer les épines iliaques, afin qu'elles ne soient pas comprimées par cette attelle. Une seconde attelle un peu moins large est fixée à celle-ci par plusieurs points d'attache, et descend sur le côté externe du membre jusqu'au milieu de la cuisse; ces deux premières attelles peuvent être soudées ensemble en forme de T. Une troisième attelle, de même longueur que la seconde, est appliquée à la partie antérieure du membre, et fixée également à l'attelle circulaire. Cette attelle doit être recouverte d'une double couche d'ouate. Quelques tours de bande suffisent pour fixer les attelles, et l'on recouvre le tout d'un bandage dextriné. Il faut avoir soin, dans l'application de ce bandage, de fixer les bords du caleçon par quelques tours de bande dextrinée, après les avoir repliés en dehors. On forme ainsi d'épais bourrelets qui empêchent les bords rigides des bandes dextrinées de blesser le malade. Il faut aussi avoir soin de ne pas faire monter les tours de bande trop haut à la partie interne de la cuisse.

On a encore employé, surtout en Angleterre, pour immobiliser l'articu-

lacion fémorale, des appareils de cuir bouilli, qui paraissent inférieurs aux bandages inamovibles. Enfin, on a imaginé des appareils mécaniques, consistant en tuteurs articulés qui s'opposent à la flexion du membre, immobilisent la jointure, et peuvent même empêcher le poids du corps sur les surfaces osseuses malades, à l'aide de béquilles ajoutées à l'appareil. La description de ces divers appareils nous entraînerait beaucoup trop loin. Quelques-uns ne remplissent que très-imparfaitement les indications; tous sont d'un prix élevé et ne peuvent par conséquent devenir d'un emploi général.

En résumé, de tous les appareils que nous venons successivement de passer en revue, celui auquel on devra toujours donner la préférence est la gouttière double de Bonnet. A défaut de celle-ci, les bandages inamovibles, et en particulier celui de Verneuil, seront employés avec les plus grands avantages.

L'indication que le chirurgien cherche à remplir à l'aide de ces appareils est de maintenir l'immobilité absolue du membre pour prévenir les positions vicieuses qu'il pourrait prendre, et pour s'opposer aux déplacements de la tête fémorale. Mais lorsque ces attitudes vicieuses ou ces déplacements se sont déjà produits, quelle doit être la conduite du chirurgien?

A ce point de vue, la thérapeutique de la coxalgie a subi, depuis une vingtaine d'années, une véritable révolution, et c'est à Bonnet (de Lyon) que revient l'honneur d'avoir insisté sur les graves inconvénients qui résultent pour l'avenir de la persistance des déviations du membre, et d'avoir démontré l'utilité du redressement, non-seulement au point de vue de l'usage futur du membre, mais encore au point de vue du traitement de la maladie articulaire, qui s'améliore généralement dès qu'on a ramené le membre dans une bonne position et qu'on l'a fixé dans l'immobilité.

Malgré les excellents résultats de la méthode du redressement, il ne faudrait pas croire cependant qu'elle soit applicable dans tous les cas de coxalgie; il est des circonstances dans lesquelles le redressement est contre-indiqué.

C'est surtout lorsque la coxalgie est récente et accompagnée de vives douleurs, que le redressement de la jointure donne les meilleurs résultats. On est encore autorisé à agir, lorsque la maladie est plus ancienne, mais que cependant l'ankylose est incomplète. Enfin, si la coxalgie est arrivée à la période de suppuration, et qu'il existe des abcès intra-articulaires ou périarticulaires, la violence nécessaire pour opérer le redressement ne peut être que nuisible, et l'on doit attendre que la guérison de ces abcès soit obtenue.

La déviation du membre peut être corrigée lentement ou brusquement. Nous nous sommes expliqué sur la valeur de ces deux méthodes, et nous avons donné la préférence, d'une manière générale, au redressement brusque et immédiat. On commencera donc par soumettre le malade à l'anesthésie; puis, le bassin étant solidement fixé, on se servira de la cuisse

comme d'un levier pour porter le membre dans l'abduction, l'adduction, la flexion, l'extension et la circumduction, en augmentant graduellement l'étendue de ces mouvements. Si le membre résiste aux efforts, il ne faut pas déployer une trop grande puissance musculaire, et, sous ce rapport, on ne saurait donner des règles précises; c'est le tact du chirurgien qui lui permettra de juger le point qu'il ne pourrait dépasser sans danger. A plus forte raison, doit-on proscrire la ténotomie des adducteurs, que Bonnet a pratiquée plusieurs fois. Plutôt que d'aller trop loin du premier coup, il vaut mieux répéter ces tentatives une autre fois. Si l'on est parvenu à opérer le redressement, le membre sera placé dans l'un des appareils immobilisateurs que nous avons décrits.

Doit-on chercher à réduire les déplacements de la tête fémorale? Cette question est loin d'être encore résolue. A l'époque où l'on prenait pour de véritables luxations les simples déviations du membre, certains auteurs ont pu croire qu'ils avaient réduit des déplacements en corrigeant des attitudes vicieuses. En principe, et si l'on se rappelle que la luxation se produit à la suite de lésions graves de la tête fémorale et surtout de la cavité cotyloïde, et que celle-ci est le plus souvent complètement déformée, on doit être très-réservé sur les tentatives de réduction, qui n'auraient aucune chance d'amener un résultat durable, et qui, par contre, pourraient donner lieu à des accidents graves, comme la formation d'abcès.

Il faut donc se borner à prévenir, par les moyens indiqués, les déplacements de la tête fémorale, à redresser le membre dans sa position normale, et comme l'adduction et la rotation en dedans coïncident souvent avec un agrandissement du cotyle, d'où résulte un commencement de luxation, en ramenant le membre dans l'abduction et la rotation en dehors, on pourra lutter contre la tendance de la tête fémorale à remonter sur l'os des îles.

Les abcès qui accompagnent souvent la coxalgie ne réclament pas d'indications spéciales. Comme pour les tumeurs blanches des autres articulations, il ne faut les ouvrir que lorsqu'ils prennent un volume trop considérable. La ponction simple ou suivie d'une injection iodée sera ici le meilleur procédé à employer.

Mais si, malgré tous les soins du chirurgien, les abcès se sont ouverts à l'extérieur, si les os sont altérés, enfin si la santé générale a subi une profonde atteinte, la désarticulation ou la résection doivent être mises en question. Tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à préférer la résection, qui, malgré sa gravité, l'emporte de beaucoup par ses résultats sur la désarticulation de la hanche. Les statistiques de Lefort (1), de Heyfelder (2), de Giorgi (3) et d'Isaac (4) prouvent, en effet, que l'on a guéri

(1) *De la résection de la hanche*. Paris, 1862.

(2) *Traité des résections*, trad. Boeckel. Paris, 1865.

(3) Thèse inaugurale. Paris, 1862.

(4) Thèse de Strasbourg, 1865.

un peu plus d'un malade sur deux. De plus, le tiers des opérés environ ont conservé un membre utile, au point que plusieurs d'entre eux pouvaient marcher sans autre aide qu'une canne et un talon élevé.

Les indications et les contre-indications de la résection de la hanche se tirent de l'état général et de l'état local des malades. Ainsi, la phthisie pulmonaire bien confirmée, l'hecticité, la coexistence d'une maladie grave, doivent contre-indiquer l'opération.

La luxation de la tête fémorale, accompagnée d'altérations osseuses, de trajets fistuleux, est une des conditions les plus favorables pour pratiquer la résection. A l'époque où l'on commença à préconiser cette opération, on ne la pratiquait que dans ces circonstances. Cependant on peut dire aujourd'hui que la résection est encore indiquée lorsqu'il n'existe pas de luxation, que les désordres locaux résistent à tous les moyens de traitement et que la santé générale décline visiblement. Sur 32 opérés, sans luxation de la tête fémorale, on a constaté 16 guérisons, 9 morts, et 7 cas douteux (1). Cependant la résection ne doit pas être tentée, lorsque l'extension de la carie, soit au fémur, soit au bassin, nécessiterait une ablation trop considérable.

RÉSECTION DE LA HANCHE. — Parmi un grand nombre de procédés, nous donnons la préférence à celui que Lefort a indiqué. Le malade sera préalablement couché sur le côté

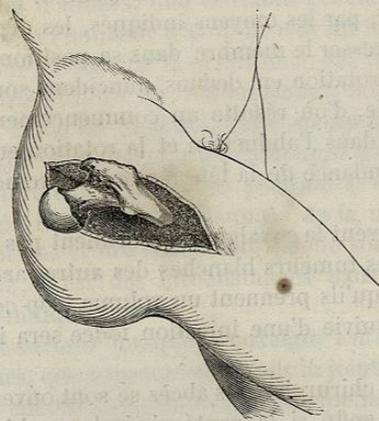


FIG. 21. — Résection de la hanche.

sain, la jambe et la cuisse en flexion légère. Une incision curviligne parallèle aux bords supérieur et inférieur du grand trochanter, à 2 centimètres en arrière, permettra d'arriver sur la tête du fémur sans que l'on ait à craindre de léser le nerf sciatique. Le membre sera porté par un aide dans l'adduction et la rotation en dedans, de manière à faire saillir l'extrémité du fémur, à mesure qu'on en détachera les parties molles. On réséquera intégralement toute la portion osseuse malade, puis on explorera avec soin le fond et les bords de la cavité cotyloïde, que l'on ruginera si cela est nécessaire. Ce temps de l'opération serait facilité par une incision horizontale convertissant en T la branche verticale de la première. Enfin le membre opéré devra être immobilisé à l'aide de l'un des appareils que nous avons décrits, et que l'on modifiera facilement de manière à laisser à découvert la plaie résultant de l'opération.

(1) Isaac, thèse de Strasbourg, 1865, p. 13.

§ X. — Tumeur blanche de l'articulation du genou.

La tumeur blanche du genou est une de celles que l'on observe le plus fréquemment. C'est pour cette raison, et aussi parce que l'étendue et la position superficielle de la jointure permettent de suivre facilement les symptômes et la marche de la maladie, que la tumeur blanche du genou est prise ordinairement pour type dans la description des tumeurs blanches en général.

Relativement à l'étiologie, nous rappellerons seulement que l'articulation fémoro-tibiale, en raison de sa situation superficielle, est plus que toute autre exposée aux plaies, aux contusions, en un mot, à l'action des causes vulnérantes de toute espèce, et ces causes ont ici une plus grande part que partout ailleurs dans la production de la maladie.

Les altérations anatomiques des parties molles et dures prennent souvent un développement considérable, par suite de la grande surface de la synoviale et du volume des extrémités articulaires.

Ces altérations sont décrites dans l'article consacré à l'étude des tumeurs blanches en général.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur blanche du genou débute par une douleur augmentant par la pression et par les mouvements, tantôt étendue à toute l'articulation, tantôt bornée à l'une de ses parties, pouvant offrir tous les degrés, depuis le plus léger jusqu'au plus intense. Quelquefois des douleurs sympathiques se font sentir, à la jambe, au pied, aux orteils; dans quelques cas rares, elles remontent le long de la cuisse.

Le gonflement, qui ne tarde pas à se montrer, produit une déformation particulière de la jointure. Les dépressions situées normalement de chaque côté du ligament rotulien sont remplacées par deux bosselures séparées par un sillon dû à ce ligament. Les creux qui existent à l'état ordinaire de chaque côté de la rotule et du tendon du triceps s'effacent, de manière que le genou prend une forme cylindrique. Dans les cas où le gonflement devient très-considérable, le triceps peut être soulevé, ainsi que les parties situées de chaque côté de la rotule, de sorte que celle-ci paraît déprimée. Le gonflement acquiert quelquefois des proportions énormes, au point que la circonférence du genou malade, mesurée au niveau de la rotule, dépasse de moitié celle du membre sain, et cette tuméfaction paraît encore plus considérable, en raison de l'amaigrissement de la cuisse et de la jambe qui augmente avec les progrès de la maladie.

C'est surtout dans la tumeur blanche du genou que l'on peut le mieux apprécier la nature des altérations et déterminer si le gonflement est dû à du liquide ou à des fongosités, et si les os sont augmentés de volume. La fluctuation vraie, la fausse fluctuation ou plutôt la mollesse spéciale aux fongosités, la dureté caractéristique des extrémités osseuses, permettront de reconnaître chacune de ces lésions. Cependant, même au genou, et