

qu'on l'autorise seulement à prendre au lit n'importe quelle position, et à mouvoir à volonté le membre inférieur correspondant que rien n'immobilise. Mais on ne peut exclure complètement les phénomènes de destruction lorsque le membre a été fixé dans son attitude vicieuse. D'autre part, nous savons que la guérison de la coxite en position anormale a comme conséquence une gêne fonctionnelle très notable, qui varie, d'ailleurs, avec la direction et le degré de la contracture. Par conséquent, si nous nous contentions d'appliquer une gouttière de BONNET construite avec soin ou un appareil plâtré, avant d'avoir corrigé l'attitude vicieuse du membre, nous ne pourrions pas remplir toutes les indications du trai-

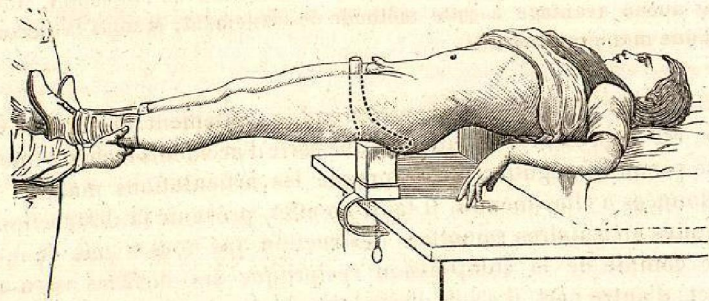


Fig. 33. — Malade placé sur un support pelvien pour l'application d'un appareil plâtré.

tement, alors même que l'articulation aurait été immobilisée d'une façon absolument sûre. C'est ce que BONNET avait déjà fort bien compris, puisqu'il enseignait que le *redressement* de l'articulation malade devait précéder l'application de la gouttière en fil de fer, et, plus tard, de l'appareil amidonné. Pour opérer le redressement, nous avons à notre disposition différents procédés. Pendant un certain temps, la méthode qui était en honneur, du moins en Allemagne, consistait à *pratiquer le redressement forcé du membre contracturé après anesthésiation du malade par le chloroforme*. Comme nous le verrons encore ultérieurement, cette méthode paraît offrir de sérieux avantages dans nombre de cas graves et anciens de contracture en attitude vicieuse, surtout lorsque le processus inflammatoire a terminé son évolution ; par contre, dans les cas récents, elle n'est pas dépourvue de dangers, et, d'autre part, lorsqu'il s'agit de corriger certaines positions anormales, elle n'a pas la même efficacité que la *méthode de redressement lent par des poids*. La plupart des chirurgiens allemands sont d'accord pour admettre qu'en règle générale, on doit avoir recours tout d'abord à cette dernière méthode de traitement lorsque la coxite s'accompagne d'un état de contracture en attitude vicieuse.

Un certain nombre de chirurgiens immobilisent le membre dans un

appareil plâtré, une fois la correction opérée, ou bien ils appliquent d'emblée cet appareil, lorsque la coxite n'est pas compliquée d'attitude vicieuse. Nous voulons tout d'abord décrire le mode d'application de l'appareil plâtré dont nous aurons à formuler plus tard les indications.

*L'appareil plâtré destiné à immobiliser l'articulation coxo-fémorale, doit entourer le bassin et s'étendre, d'autre part, jusqu'aux malléoles, et même jusqu'à l'extrémité du pied lorsqu'il existe une tendance très marquée à la rotation du membre. On ne peut, du reste, obtenir une immobilité à peu près complète qu'en comprenant dans l'appareil l'articulation saine, ainsi que la moitié supérieure de la cuisse du même côté.*

On peut appliquer un appareil plâtré autour du bassin sans avoir recours à un appareil de soutien particulier. On place alors le malade de façon que le dos repose sur une table recouverte d'un matelas, tandis que le bassin dépasse le bord de ce dernier. A environ un demi-mètre de cette table s'en trouve une autre sur laquelle s'appuie l'extrémité saine. Le membre malade qu'un aide est chargé de soutenir, et le bassin tout entier, sont ainsi libres de toutes parts pour l'application de l'appareil. Un procédé beaucoup plus commode, qui exige moins d'aides et mérite aussi la préférence de la part du médecin de campagne, consiste à donner au bassin un point d'appui au moyen d'un des appareils d'ESMARCH, de BARDELEBEN, de VOLKMANN ou de ROSER. Je me sers, pour ma part, de l'appareil de ROSER auquel j'ai apporté une modification qui permet de la fixer au moyen d'une vis à l'extrémité d'une table solide.

La partie supérieure du corps repose sur un matelas d'une certaine épaisseur jusqu'à l'endroit correspondant à la limite supérieure de l'appareil. Au bord libre de la table on visse le support pelvien formé d'une sellette sur laquelle reposent le périnée, le sacrum et les tubérosités des ischions, et d'une tige médiane qui s'élève verticalement entre les cuisses du malade et sert de point d'appui pour la contre-extension. L'extrémité saine peut être confiée à un aide ou être fléchie à angle droit, de façon que le pied vienne s'appuyer par sa face plantaire sur une chaise placée au devant de la table. Quant au membre malade, un aide est chargé de le maintenir, tout en exerçant des tractions sur le pied.

Il importe surtout de bien rembourrer la partie pelvienne de l'appareil, particulièrement au niveau du sacrum et des épines iliaques antéro-supérieures. Le procédé le plus simple consiste à entourer d'une double couche de ouate le bassin tout entier et l'abdomen jusqu'à la limite inférieure du thorax. L'appareil doit, en effet, remonter notablement au-dessus des deux crêtes iliaques.

A l'aide d'une large bande de gaze on fixe par des tours circulaires et en spica, la couche de ouate autour de la hanche malade, et aussi autour de la hanche saine si l'on veut immobiliser les des deux articulations coxo-fémorales. A la face postérieure du membre malade l'appareil plâtré doit s'étendre jusqu'à la tubérosité de l'ischion, que l'on a eu soin de garnir de ouate. Il en résulte un certain degré d'extension de l'extrémité correspondante. On applique également une couche de ouate sur la face dorsale du pied. Pendant que l'appareil est encore mou, on place sous le genou un petit coussin destiné à empêcher que cette articulation ne se trouve immobilisée dans l'hyperextension.

Les bandes plâtrées destinées au bassin doivent être aussi large que possible, et alors même que l'extrémité saine n'est pas comprise dans l'appareil, on aura soin de les appliquer de façon à envelopper toute la région pelvienne jusque dans le voisinage du trochanter. La partie de l'appareil qui se brise le plus facilement, est celle qui correspond au pli inguinal. On peut augmenter considérablement la solidité de cette partie au moyen d'une courte attelle d'une largeur d'environ 5 à 6 centimètres, dont on garnit bien surtout les extrémités à l'aide de coton imprégné d'une bouillie de plâtre; elle doit relier la partie pelvienne de l'appareil à la région moyenne de la cuisse en passant au devant de l'articulation. On peut aussi renforcer beaucoup l'appareil au moyen de deux longues lanières de cuir s'étendant, l'une à la face interne du membre et l'autre la face externe, depuis le bassin jusqu'au pied.

Bien que l'appareil plâtré soit le plus sûr moyen d'immobilisation de l'articulation de la hanche, il laisse cependant encore à désirer; en effet, alors même que l'extrémité saine se trouve partiellement comprise dans l'appareil, la partie pelvienne de ce dernier ne saurait constituer un moyen de fixation tout à fait sûr à cause des variations qui se produisent dans le contenu de la cavité abdominale. Aussi voit-on parfois le membre reprendre son attitude vicieuse dans l'appareil. Il est vrai que ce fait s'observe rarement lorsque l'appareil a été appliqué exactement et sur toute l'étendue dont nous avons tracé plus haut les limites. Par contre, l'immobilisation entraîne très promptement un état de roideur du genou et de l'articulation tibio-tarsienne, inconvénient que l'on ne peut éviter si l'on veut donner de la solidité à l'appareil. Comme conséquence de l'immobilité prolongée du membre, on voit assez souvent se produire des altérations des articulations que nous venons de mentionner, altérations qui, une fois l'appareil enlevé, ne tardent pas à se manifester sous la forme d'une légère synovite exsudative. En tout cas, l'état de roideur, au genou du moins, persiste longtemps après l'enlèvement de l'appareil.

Outre les inconvénients que nous venons de signaler, à savoir l'immobilisation imparfaite du bassin et la roideur passagère des articulations saines, et surtout du genou, on a encore reproché à l'appareil plâtré de déterminer d'autres lésions graves du membre. Ainsi sous l'influence de l'immobilisation prolongée, l'articulation de la hanche malade subirait elle-même d'importantes altérations consistant dans une rétraction notable de la capsule, et une fois l'appareil enlevé, dans des ruptures de ce ligament se produisant sous l'influence des mouvements, ruptures qui peuvent avoir comme conséquence une hémorragie et une récurrence de l'arthrite. Ces diverses objections sont en partie mal fondées, ou bien elles peuvent s'adresser également aux autres méthodes de traitement. Elles ont été soulevées en faveur de la méthode d'extension, laquelle fait disparaître l'attitude vicieuse du membre, et, une fois ce résultat obtenu, doit être continuée comme étant le seul traitement mécanique rationnel

de la coxite. Examinons tout d'abord la méthode d'extension à l'aide des poids, méthode qui, en Allemagne, ne s'est généralisée qu'à partir de l'année 1868.

§ 51. — En Allemagne, cette méthode d'extension a été déjà employée par ROSS en 1854, mais c'est aux chirurgiens américains que revient le mérite des améliorations qui y ont été apportées, ainsi que son application au traitement de la coxite. Bien que des essais en aient été faits déjà en 1863 à la clinique de V. LANGENBECK, c'est surtout R. VOLKMANN qui a eu le mérite de la répandre en Allemagne par son exemple et ses écrits.

L'adoption de cette méthode constitue certainement un progrès considérable dans le traitement mécanique de l'arthrite coxo-fémorale.

Dans la très grande majorité des cas, l'extension par des poids fait disparaître sans douleur l'état de contracture en position vicieuse, et d'une manière générale, elle exerce une action calmante très marquée, même dans les formes graves de coxite qui s'accompagnent de vives souffrances et de secousses musculaires. S'agit-il d'une coxite aiguë, presque toujours on voit la fièvre disparaître en même temps que la douleur et l'état de contracture, et dans beaucoup de cas la guérison s'opère en peu de temps. Dans les formes chroniques de coxite, l'extension continue a principalement pour effet de corriger l'attitude vicieuse; en outre, une fois la correction opérée, elle continue son action bienfaisante en diminuant la compression réciproque des surfaces articulaires, et en permettant au malade d'exécuter de légers mouvements.

On a beaucoup discuté la question du mode d'action de l'extension continue par des poids. Admettons qu'il s'agisse d'un membre contracturé, nous aurons encore à décrire particulièrement la méthode à employer, suivant le genre d'attitude vicieuse, pour opérer la réduction ou le redressement. Si l'on exerce une traction sur l'extrémité inférieure du membre, tout en faisant la contre-extension dans une direction convenable, il est facile de voir que l'angle que forme la cuisse avec le bassin se modifie dans le sens de l'extension, grâce à un mouvement de rotation de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Il en résulte déjà un changement des points de contact des surfaces articulaires (BUSCH); ces dernières ne se trouvent plus soumises à la pression qui, nous l'avons vu, s'exerçait sur un point déterminé et avait comme conséquence des symptômes douloureux, ainsi qu'une dépression et une perte de substance du cartilage. Mais une partie de la force de traction agit d'emblée non seulement en changeant les points de contact de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, mais encore en produisant un écartement des surfaces articulaires. Cet effet des tractions est déjà possible sur une articulation normale, comme on peut facilement le prouver par des expériences sur le cadavre. On soumet à la congélation deux bassins, y compris l'articulation coxo-fémorale, avec la différence qu'à l'un d'eux cette articulation est laissée dans sa position habituelle d'extension, tandis qu'à l'autre le fémur en extension est soumis à la traction d'un poids de 4 kilos; si d'un trait de