

lade. C'est surtout dans les fractures de la cuisse que j'ai eu souvent recours avec succès à cette position déclive du tronc, jouant le rôle de contre-extension. Mais, le plus souvent, on se sert, dans ce but, d'un tube en caoutchouc ayant au moins l'épaisseur du doigt et une longueur de deux ou trois pieds; aux deux extrémités de ce tube sont fixés de forts anneaux de fil de fer. La

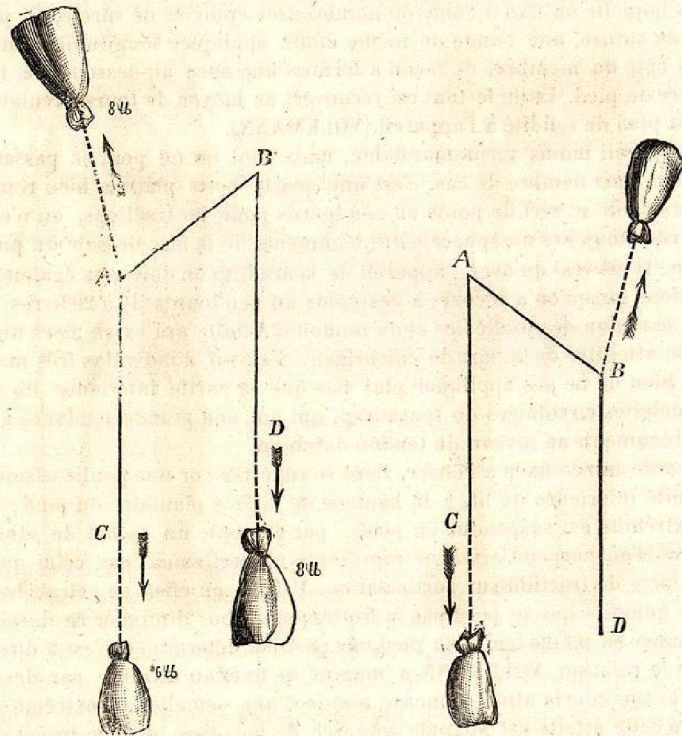


Fig. 40. — Traitement de la contracture en abduction et en adduction, d'après VOLKMANN-SCHÉDE.

partie moyenne du tube vient s'appliquer contre le périnée; on fera bien de la garnir de couches de ouate. Aux deux anneaux s'adapte, au moyen d'un crochet, la corde à laquelle sont suspendus les poids contre-extenseurs. Cette corde passe sous l'oreiller et se réfléchit sur une poulie fixée à la tête du lit. Cette contre-extension à l'aide des poids est plus agréable, et permet au malade de se mouvoir plus librement que lorsque la corde a été simplement fixée à la tête du lit.

L'extension et la contre-extension exigent encore certaines dispositions particulières lorsqu'elles doivent agir comme moyen orthopédique. Déjà, pour obtenir l'extension complète du membre, il ne suffit pas, dans les cas rebelles, de faire coucher le malade sur un plan horizontal. On est parfois obligé de donner au bassin une position élevée.

VOLKMANN a imaginé de placer sous la partie du matelas correspondant au

bassin, une toute petite table dont on peut varier la hauteur à volonté. Jusqu'ici j'ai toujours obtenu le résultat désiré au moyen d'un coussin de balle d'avoine introduit sous le matelas, de façon à soulever le bassin. Dans un cas très rebelle concernant un petit garçon indocile, je suis arrivé au but en suspendant la région pelvienne dans l'appareil de RAUCHFUSS (voir cyphose T. II, p. 913).

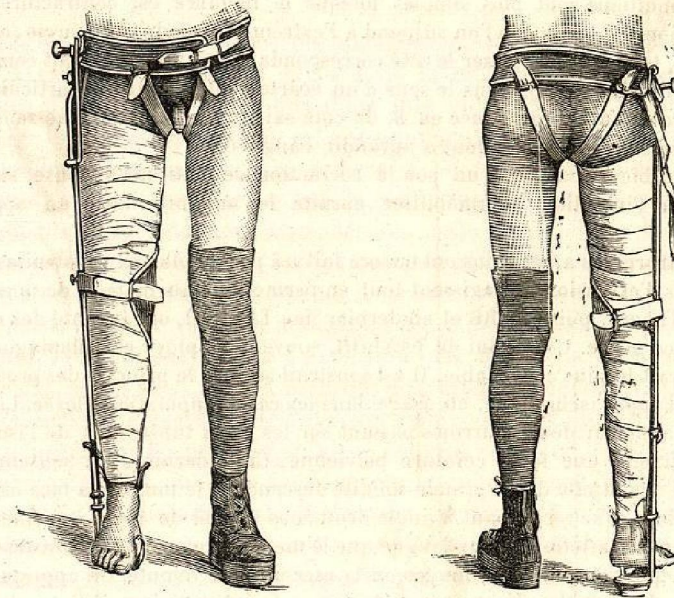


Fig. 41.

Le plus souvent, cependant, la flexion disparaît sans que l'on ait dû prendre des mesures particulières pour obtenir ce résultat. Par contre, il en est autrement de l'abduction. Si l'on pratiquait l'extension sur la jambe malade, tout en opérant la contre-extension du côté sain, on ne ferait qu'augmenter encore le degré d'abduction. C'est ce que l'on comprendra facilement en examinant la figure schématique ci-contre (fig. 40), dans laquelle la ligne AB représente l'axe transversal du bassin avec ses points de rotation en A et en B. AC est le membre allongé (en abduction) et BD le membre du côté sain (en adduction). Si, à l'aide des poids, on exerce en C une traction sur la jambe malade, il en résultera sans doute un écartement des surfaces articulaires; mais, d'autre part, le côté AC de l'angle CAB se trouve attiré encore davantage dans le sens de la flèche, l'angle A s'agrandit et, par conséquent, le degré d'abduction augmente. Nous pouvons lutter contre cette tendance en faisant agir la contre-extension en A, c'est-à-dire du côté malade, avec un poids supérieur à celui qui sert à opérer l'extension. Mais nous pouvons, en outre, renforcer l'action de la contre-extension en soumettant également la jambe saine à l'extension par des poids. Admettons qu'en C (jambe malade) on fasse agir un poids de 6 livres,

et que la contre-extension s'opère avec un poids de 8 livres, si en *D* (jambe saine) nous exerçons également une traction de 8 livres, l'angle *ABD* ayant ses deux côtés attirés en sens inverse par un poids de 8 livres, s'agrandira, tandis que l'angle *CAB* diminuera d'une quantité correspondante. A l'action de ces deux poids de 8 livres l'extension en *C* (membre malade) n'oppose qu'un poids de 6 livres. Par conséquent, il reste une force de 10 livres pour la correction de l'attitude vicieuse du bassin.

Les conditions sont plus simples lorsque le membre est contracturé dans l'adduction. Le poids que l'on suspend à l'extrémité malade raccourcie (en adduction), tend déjà à abaisser le côté correspondant du bassin qui était remonté, et agit en même temps dans le sens d'un écartement des surfaces articulaires. La contre-extension appliquée en *B*, du côté sain, agit dans le même sens. Ces deux forces combinées tendent à agrandir l'angle *CAB*.

On fera bien d'exagérer un peu la correction de l'attitude vicieuse, surtout si l'on a l'intention d'immobiliser ensuite le membre dans un appareil plâtré.

Les chirurgiens américains ont encore fait un pas de plus en construisant des appareils d'extension qui agissent tout en permettant au malade de marcher. DAVIS d'abord, puis SAYRE et en dernier lieu TAYLOR, ont inventé des appareils de ce genre. C'est celui de TAYLOR, souvent employé en Allemagne, qui nous paraît le plus convenable. Il est construit suivant le principe des prothèses à point d'appui ischiatique, en usage dans les cas d'amputation élevée. Le malade est assis sur deux courroies passant sur les deux tubérosités de l'ischion, pour se fixer à une forte ceinture pelvienne. Cette dernière est soutenue au moyen d'une attelle d'une grande solidité descendant le long de la face externe du membre, et se recourbant à angle droit sous le pied de façon à former une semelle. Cette attelle est plus longue que le membre lui-même et construite de manière que l'on puisse l'allonger ou la raccourcir à volonté. On applique à la jambe les bandelettes de sparadrap destinées à opérer l'extension. Les bandelettes longitudinales sont munies, à leur extrémité inférieure, de deux boucles dans lesquelles on fait passer les courroies qui se fixent, d'autre part, à la semelle de l'appareil. On allonge ensuite l'attelle jusqu'à ce qu'elle agisse dans le sens de l'extension du membre, tandis que le pied, cela va sans dire, pend librement au-dessus de la semelle. Naturellement, la semelle et le talon de la bottine de l'autre pied doivent être rehaussés d'une quantité correspondante. Nous renonçons à décrire plus en détails cet appareil dont on saisira aisément le mode d'application en jetant un coup d'œil sur les dessins que nous avons joints au texte.

Toutefois, dans les cas d'attitude vicieuse extrême en abduction ou en adduction, TAYLOR opère tout d'abord la correction dans la position horizontale du malade. Il applique l'appareil en laissant la cuisse fléchie, de façon que la colonne vertébrale soit partout en contact avec le plan sous-jacent, et il place sur un plan incliné le membre muni de l'attelle à extension. En agissant sur la vis d'abduction qui se trouve à la partie supérieure de l'attelle, il corrige d'abord l'adduction, puis il abaisse peu à peu le plan incliné de façon à ramener graduellement dans l'extension le membre fléchi.

Je ne doute nullement que cet appareil puisse donner de bons résultats entre les mains de son inventeur, comme aussi à la condition que le médecin continue

à voir son client. Par contre, j'ai toujours eu l'impression que lorsqu'on confie trop tôt l'attelle à extension à des malades qui ne sont pas surveillés, on perd bientôt la certitude que le mécanisme d'extension soit réellement mis en action et que le membre malade ne soit pas utilisé pour la marche. En outre, dans l'appareil de TAYLOR, l'attitude d'adduction se reproduit avec une extrême facilité. C'est pourquoi nous l'avons à peu près complètement abandonné comme moyen de traitement de la coxite.

§ 52. — Plus nous traitons de malades coxitiques, et plus nous tendons à revenir de l'emploi exclusif de la méthode d'extension. Nous sommes d'avis, il est vrai, que dans une clinique bien dirigée, dans laquelle l'appareil de traction est constamment surveillé par un personnel médical capable, on peut arriver à de sérieux résultats avec ce moyen de traitement, dans les cas de coxite tuberculeuse, et nous avons déjà dit plus haut que nous considérons cette méthode de traitement comme seule indiquée dans les formes peu graves de coxite aiguë suppurée. Par contre, dans tous les cas de coxite tuberculeuse dans lesquels le médecin ne peut voir son malade qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, l'emploi exclusif de l'extension par des poids est décidément moins sûr, selon nous, que la méthode de traitement consistant dans une combinaison de l'extension avec l'application d'un appareil plâtré. En outre, nous pensons que les mouvements que peuvent exécuter les enfants traités par l'extension, ont assez souvent comme conséquence l'augmentation de volume d'un abcès froid de la hanche, tandis qu'il n'est pas rare de voir diminuer ou même disparaître complètement un abcès de ce genre à la suite de l'application d'un appareil plâtré. Actuellement, notre méthode de traitement dans les cas de coxite chronique consiste à pratiquer d'abord l'extension à l'aide des poids jusqu'à ce que nous ayons obtenu une correction, même exagérée dans certains cas, de l'attitude vicieuse du membre. A ce moment, nous procédons à l'application d'un appareil plâtré auquel nous donnons une grande solidité ou que nous renforçons au besoin par des tours de bandes imprégnées de magnésite ; au bout de quelques jours nous pouvons renvoyer le malade à la maison, après nous être assuré que le pansement n'exerce pas de compression. Nous ne craignons même pas de permettre aux patients munis de cet appareil de faire de longs voyages. Nous les revoyons au bout de 6 à 12 semaines, nous enlevons l'appareil et nous examinons avec soin l'état du membre qui a été immobilisé ; s'il ne s'est pas produit d'attitude vicieuse ni de changement notable dans les caractères de la coxite, si cette dernière est restée sèche et ne s'est pas compliquée d'un abcès, nous appliquons un nouvel appareil plâtré. Nous continuons cette méthode de traitement — dans la règle pendant des années — jusqu'à ce que l'examen de l'articulation semble démontrer que l'arthrite doit être considérée comme guérie. On peut admettre que ce résultat est obtenu lorsque le patient n'accuse de