

planchette sur laquelle est fixée une gouttière formée de deux parties articulées au niveau du genou et destinées à recevoir l'une la jambe et le pied, et l'autre la cuisse. Des engins de ce genre ont été construits par BONNET, LORINSER, STROMEYER, BUROW, BIDDER, etc. Nous donnons ici le dessin des appareils de LORINSER et de BONNET.

Le procédé à conseiller dans la plupart des cas, à cause de sa simplicité et de l'absence de douleurs, c'est l'**extension continue à l'aide des poids**, d'autant plus qu'on ne peut nier l'influence favorable des tractions exercées de cette manière, grâce à la diminution de pression qui en résulte pour les extrémités articulaires, et qui est de plus en plus

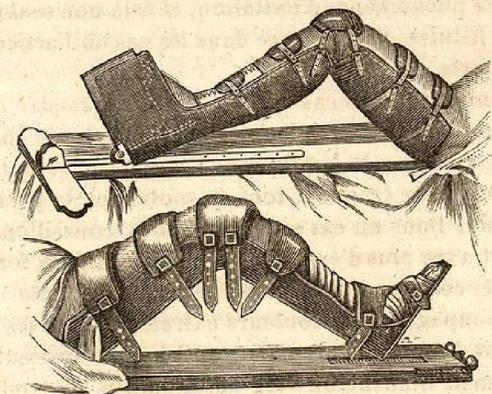


Fig. 53. — Appareils à extension de LORINSER et de BONNET.

marquée à mesure que le genou tend à se redresser. Peut-être aussi doit-on attribuer une influence directe dans le sens de la guérison, à l'élévation de la pression hydrostatique qui se produit dans l'articulation lorsque la jambe est ramenée de la flexion à l'extension (BUSCH). Mais l'avantage capital de ce procédé, c'est qu'il permet de corriger l'attitude vicieuse du membre, et cela, le plus souvent, sans causer aucune douleur.

BUSCH a parfaitement raison d'admettre que les tractions exercées non pas dans l'axe du fémur, mais dans celui de la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, n'ont tout d'abord pour effet que de diminuer l'angle de flexion du genou, de changer peu à peu les points de contact des extrémités articulaires et de mettre fin à la pression qu'avaient à supporter certaines parties ulcérées et cariées. Mais à mesure que le genou se redresse, la direction des tractions tend de plus en plus à se rapprocher de l'axe de la cuisse; aussi ont-elles alors en même temps pour effet d'écartier l'une de l'autre les extrémités articulaires et de diminuer la pression qu'elles ont à supporter.

Nous avons dit que la méthode d'extension la plus simple est celle dans

laquelle on se sert de poids pour opérer les tractions, et nous croyons inutile de motiver encore notre assertion.

Pour mettre en pratique ce procédé d'extension, on se sert soit de bandelettes de sparadrap, soit de bandes de flanelle que l'on applique de la manière que nous avons déjà décrite antérieurement, mais avec la précaution de ne pas les faire remonter au-dessus du genou.

Lorsque la flexion de ce dernier est très prononcée, il faut avoir soin de glisser préalablement sous le creux poplité, un coussin de balle d'avoine destiné à soutenir le genou, et de placer dans le même but, de chaque côté du membre, de longs sachets de sable. On préservera naturellement le talon d'une pression trop forte, au moyen d'un petit coussin de forme convenable. On commence ensuite l'extension avec des poids faibles, surtout chez les enfants.

On peut souvent arriver au but avec un poids de trois ou quatre livres, et dix à douze livres suffisent presque toujours, lorsqu'on ne cherche pas à opérer par trop rapidement l'extension.

Mais cette méthode d'extension a, en outre, l'avantage de permettre, mieux que toute autre, de corriger les déviations du tibia qui accompagnent la contracture en flexion. Tel est avant tout, du moins dans les cas récents, le *genu valgum inflammatoire*. En même temps que s'opère l'extension du genou fléchi grâce à la traction des poids, on voit disparaître l'angle anormal que fait la jambe avec la cuisse dans le sens de l'abduction.

Nous attachons à ce fait une grande importance (voir plus loin le traitement des contractures et ankyloses par l'extension).

D'autre part, on peut ainsi réduire la subluxation du tibia en arrière, lorsqu'à la traction dans l'axe de la jambe, on en ajoute une autre agissant de bas en haut, sur l'extrémité supérieure du tibia, et une troisième tendant à refouler en bas l'extrémité inférieure du fémur, procédé que VOLKMANN a employé le premier à sa clinique. Il suffit, pour comprendre cette méthode d'extension, de jeter un coup d'œil sur la figure 54 empruntée au mémoire de SCHEDE publié dans les « Archives de Langenbeck » vol. XII.

Une fois l'extension opérée, nous conseillons d'appliquer de bonne heure un appareil plâtré, dans les cas de contracture en abduction, avec tendance à la subluxation du tibia.

Pour nous résumer en peu de mots nous disons que nous *considérons l'extension par des poids comme le procédé normal, en raison de sa simplicité et de la sûreté de son action, laquelle s'opère sans douleur.*

*A notre avis l'extension par des poids agit plus sûrement que le traitement au moyen d'engins extenseurs, surtout lorsqu'il s'agit de formes complexes de contracture (abduction, luxation du tibia en arrière). Cependant nous pouvons conseiller également l'emploi de ces appareils dans la plupart des cas. Par contre, l'extension forcée doit être réservée aux cas exceptionnels dans lesquels le membre contracturé est le siège de violentes douleurs et*

de secousses musculaires que l'on n'a pu faire disparaître, en se servant de poids comme moyen d'extension.

Autant nous sommes loin de contester l'efficacité de l'extension forcée, autant nous avons la conviction que, même en usant de précautions dans l'emploi de ce procédé, nous ne pouvons exclure un certain nombre d'accidents fâcheux pour l'opéré.

Comme dernier moyen de correction de certaines contractures nous avons conseillé d'avoir recours au bistouri, dans le but de mettre à découvert l'obstacle au redressement et de l'éliminer par une intervention

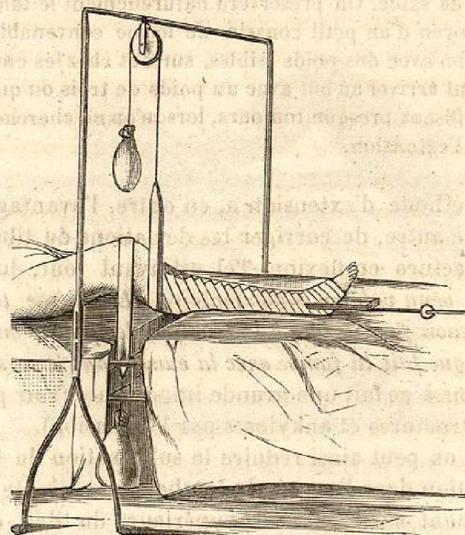


Fig. 54. — Méthode de traction de SCHEDE dans les cas de luxation du tibia en arrière.

directe. Ce sont surtout les cas de contracture avec fort déplacement en arrière et abduction du tibia, qui parfois ne se prêtent à aucune autre méthode de traitement. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet dans notre étude des contractures et ankyloses (§ 104).

§ 103. — Un grand nombre de cas appartenant aux formes graves d'affection tuberculeuse du genou, ne peuvent guérir sans une intervention opératoire. Dans les paragraphes précédents nous avons déjà discuté jusqu'à quel point sont indiquées les opérations conservatrices, telles que l'arthrotomie avec excision et grattage de la synoviale, l'évidement des foyers osseux et le traitement antiseptique ultérieur (iodoforme), et nous avons donné une description des méthodes opératoires. Ces interventions chirurgicales sont insuffisantes dans un grand nombre d'arthrites tuberculeuses du genou, et il s'agit de savoir dans quel cas on doit avoir recours soit à l'amputation, soit à la résection. En ce qui concerne l'am-

putation, nous voulons faire remarquer ici que, pour notre part tout au moins, nous lui avons assigné des limites de plus en plus restreintes. Même chez des individus de 60 ans, pourvu qu'ils ne soient pas très affaiblis, nous ne considérons pas l'amputation comme tout à fait indispensable. Grâce à l'antisepsie et à l'ischémie artificielle, la résection a perdu tellement de sa gravité, que l'on peut l'entreprendre sans crainte chez un individu âgé, pour le cas où l'on espère mener à bien l'extirpation complète de toutes les parties malades.

Dans le cas contraire nous donnons la préférence à l'ablation radicale, c'est-à-dire à l'amputation, si le malade est âgé, tandis que nous courons plutôt les chances d'une récurrence s'il s'agit d'un individu jeune. L'amputation est aussi indiquée d'une manière générale dans les cas de phtisie avancée pulmonaire et rénale, de dégénérescence amyloïde grave ou de néphrite, ou enfin d'infection septique compliquant l'arthrite tuberculeuse. Quant aux autres cas de tuberculose grave du genou, nous les soumettons à la résection. Ce sont avant tout les conditions sociales du malade qui décident de l'époque où nous pratiquons cette dernière opération. C'est pourquoi, dans un certain nombre de cas, nous avons recours à la résection de bonne heure, c'est-à-dire à une période de la maladie dans laquelle le pronostic de la guérison de l'arthrite ne peut être considéré comme sûrement mauvais sans une intervention opératoire. Lorsqu'un individu atteint de tuberculose du genou se trouve dans une position de fortune qui lui permet de subir un traitement conservateur de longue durée, on peut, dans les formes légères de cette affection, attendre plus d'une année avant d'avoir recours au bistouri. Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'un ouvrier qu'une arthrite tuberculeuse du genou met dans l'impossibilité de subvenir à son entretien. Une année est bien longue dans ces conditions, et le malheureux ne tarde pas à tomber à la charge de ses concitoyens. Si nous pratiquons de bonne heure la résection chez un malade placé dans ces conditions, nous savons du moins que, très probablement, il pourra bientôt reprendre son travail avec un genou ankylosé, il est vrai.

Dans ces derniers temps, les résultats de la résection du genou se sont considérablement améliorés, car l'on est parvenu à éliminer en grande partie de la statistique, les cas de mort par maladies accidentelles des plaies.

D'après diverses statistiques antérieures à l'avènement de la méthode antiseptique (HEYFELDER, HODGES, HOLMES, PRICE, KOENIG, KNOLL etc.), le chiffre de la mortalité, à la suite de la résection du genou, varie entre 20 et 50 0/0.

Autrefois c'était aussi l'enfance qui donnait le chiffre de mortalité le moins élevé (19,6 : 100), et c'est à ce fait qu'il faut attribuer en partie les différences que présentent les diverses statistiques se rapportant à la résection du genou,