induration des tissus voisins. Nous avons vu plus haut (voy. ANKYLOSE) à l'aide de quels symptômes on peut reconnaître si l'ankvlose est fibreuse ou osseuse. Lorsque le membre est ankylosé dans une fausse position, doit-on chercher à le redresser par les moyens chirurgicaux, ou bien au contraire respecter les parties fusionnées et remédier aux inconvénients de cette infirmité à l'aide d'appareils prothétiques construits en vue de faciliter la marche et d'obtenir le redressement de la courbure lombaire? Si l'ankylose est fibreuse et que les muscles n'opposent pas par leur contracture une résistance invincible, nous pensons qu'il importe de rompre l'ankylose, et nous avons dit que dans les cas de ce genre les anesthésiques peuvent rendre de grands services. Pour obtenir alors le redressement désirable, il suffit ordinairement, comme M. Berne, de Lyon, l'a fait plusieurs fois avec succès, de forcer l'extension et la flexion du membre, cela en s'aidant plutôt des mains que des machines dont on a conseillé l'emploi. Aussitôt la réduction obtenue, l'opérateur aura soin d'immobiliser le membre dans sa nouvelle position à l'aide d'un appareil inamovible.

Dans les cas au contraire où le redressement exigerait la section des brides fibreuses et des muscles par la méthode sous-cutanée, nous pensons, contrairement à Bonnet, qui cite quelques faits favorables à cette pratique, qu'il y aurait trop de dangers à craindre pour y recourir.

Quant à l'ankylose osseuse, on a proposé la section du fémur. Mais bien que Rhea Barton ait pratiqué avec succès, en un cas pareil, la section du col fémoral, et que M. Maisonneuve ait imité sa conduite, nous ne saurions approuver une semblable opération.

Il n'en est pas de même toutefois de la fracture du col du fémur qui nous a rendu d'importants services. C'est là du moins ce qui s'est produit chez une jeune fille qui me fut présentée il y a quelques années par M. Vincent Duval. La cuisse était fléchie à angle droit sur le bassin, et cette flexion constituait une difformité dont on peut voir l'image fidèle sur plusieurs pièces qui sont déposées au musée Dupuytren et dans celui des hôpitaux. Je n'hésitai pas à redresser brusquement le membre, manœuvre qui donna lieu, comme on le conçoit, à une fracture qui fut traitée par les moyens ordinaires. Le succès fut des plus brillants: car au bout de quelques semaines la malade pouvait marcher facilement et sans claudication notable. Un résultat non moins avantageux fut obtenu un peu plus tard par M. Péan, chez une malade agée de trente ans, que j'envoyai dans son service pendant qu'il remplaçait par intérim M. A. Guérin à l'hôpital Saint-Louis. Il est vrai que chez cette dernière la flexion était moins considérable. Mais comme chez la jeune Russe dont je parlais tout à l'heure, l'ankylose fut traitée par la rupture du col du fémur, et l'opération eut

tout le succès désirable. Ces deux guérisons sont d'ailleurs restées complètes depuis plusieurs années.

E. Enfin, le chirurgien devra combattre les autres complications importantes qui peuvent encore survenir pendant le cours de la maladie. C'est ainsi qu'il apaisera la douleur et qu'il traitera les abcès par les moyens dont nous avons parlé dans l'article : Tumeurs blanches en général. Si, par exemple, l'abcès est extra-articulaire, la ponction suivie de l'injection iodée pourra suffire; mais s'il communique avec l'articulation, il sera indiqué de pratiquer une incision après laquelle on aura recours à des lavages fréquents et même au drainage. Lorsque les accidents les plus graves qu'entraîne la suppuration se seront malheureusement produits; lorsqu'il y aura tout à la fois carie, abcès, fistules; que la fièvre hectique se sera déclarée, et que des menaces de phthisie auront apparu; pour cette tumeur blanche comme pour beaucoup d'autres, une dernière ressource se présente: la désarticulation ou la résection. Nous comprenons difficilement que des chirurgiens aient eu souvent besoin de recourir à ces sortes d'opérations, et fort heureusement pour nous, nous avons pu guérir presque tous nos malades sans avoir besoin de pratiquer de semblables mutilations. De ces deux opérations, la résection est sans contredit la moins redoutable, bien que la désarticulation, à en juger par certaines statistiques, ne semble pas avoir toute la gravité qu'on pourrait d'abord lui supposer, puisque, sur 32 observations où cette dernière a été pratiquée pour des affections chroniques, Stephen Smith, qui les a réunies, a constaté 16 morts seulement.

La résection a été proposée par Charles Withe en 1770, et pratiquée pour la première fois par Antony Withe en 1821. Cette opération est notamment avantageuse dans les cas de luxation avec carie grave des surfaces articulaires. Au point de vue du manuel opératoire, elle fait courir au malade fort peu de dangers immédiats; car, soit qu'on ait affaire à une luxation iliaque, qui est la plus ordinaire, ou bien à une luxation ischiatique, comme cela est arrivé à Roux, à Stanley et à Walton, ou même à une luxation ischio-pubienne, il n'y a jamais, pour le chirurgien exercé, à redouter d'atteindre des vaisseaux importants. Par contre, il est souvent difficile de savoir par avance si la carie a atteint à la fois la tête fémorale et la cavité cotyloïde, ou si elle est bornée à l'une de ces parties : en effet, le chirurgien ne peut guère s'en assurer que pendant le cours de l'opération, bien que M. Erichsen ait essayé d'établir que si la luxation s'est produite à une époque peu avancée de la coxalgie, il y a toute probabilité pour que la tête luxée soit seule affectée de carie; tandis que si elle est survenue rapidement, et surtout si elle est accompagnée d'abcès ouverts spontanément à l'aine ou au périnée, il y aurait beaucoup plus de raisons de croire que

la cavité cotyloïde est affectée en même temps. Par malheur les faits sont loin d'être toujours d'accord avec cette manière de voir.

Lorsque le fémur est reséqué, il remonte jusque sur l'os iliaque et il s'établit une néarthrose douée, sauf pour l'abduction et la rotation, de mouvements très-étendus. En outre, le membre acquiert, avec le temps, une certaine solidité: on a vu des malades, qui présentaient un raccourcissement de 15 à 20 centimètres, supporter des marches assez longues. Or, ces résultats sont d'autant plus favorables, qu'on peut les obtenir sans qu'on ait à exposer les sujets, surtout lorsqu'ils sont jeunes, à des chances trop périlleuses; en effet, M. Heyfelder cite dans son traité 55 résections qui, pratiquées pour des caries et des coxalgies, ont donné 32 succès; et M. Bazire (1) a pu en outre en recueillir 11 cas où trois opérations seulement ont été suivies de mort (encore ajoute-t-il que sur ces trois cas d'issue fatale, deux fois la mort a pu être attribuée à la phthisie, dont les progrès déjà très-avancés auraient dû faire repousser toute intervention opératoire). Les diverses autres statistiques, notamment celles de MM. Lefort, Eulenberg, Sayre, Foch, Hodges, Giraldès (2), etc., ne donnent pas d'ailleurs une proportion moins brillante.

Cependant on a fait, contre cette méthode de traitement, quelques objections qu'il ne sera pas inutile de reproduire et de discuter. Ainsi M. Symes, et d'autres opérateurs avec lui, ont pensé que la résection doit toujours être écartée quand les deux os sont atteints de carie, ce qui d'ailleurs serait le cas le plus ordinaire. A cette objection, M. Bazire répond que c'est l'extrémité du fémur qui le plus habituellement est la première prise, auquel cas la guérison est presque assurée, et que si les deux os sont affectés, quand même il y a perforation de l'acétabulum, toute chance de succès n'est pas perdue. - D'autres ont encore objecté que dans la coxalgie comme dans les autres tumeurs blanches, il faut compter avec la diathèse, cause première de la maladie, et que celle-ci peut, même après l'heureuse issue d'une opération, se manifester sur une autre articulation ou sur un viscère important, et amener la mort. Mais il est au contraire avéré, d'après M. Bazire, que la résection, dans les cas les plus graves, a relevé l'économie profondément atteinte et a souvent triomphé d'accidents viscéraux déjà très-prononcés.

Est-ce à dire que, pour ses plus chauds partisans, la résection soit applicable à beaucoup de coxalgies? Non assurément. S'agit-il en effet de ces coxalgies qui se terminent le plus souvent, soit par résolution, soit par ankylose; s'agit-il encore de ces coxalgies qui dépendent

d'une carie de l'épine, ou qui sont compliquées de mal de Pott, comme il arrive chez certains malades qui ont atteint et même dépassé l'âge adulte, c'est alors qu'il convient d'écarter toute idée d'opération. On obéira au contraire aux indications les plus rationnelles en opérant quand la coxalgie se présentera sous la forme chronique, qu'elle s'accompagnera de luxation, et qu'une suppuration abondante minera les forces du malade. Nous ferons même observer que le raccourcissement est plus considérable après l'ankylose qu'après la résection.

Il semble résulter des observations qui nous ont été transmises par les opérateurs qui ont pratiqué ces résections de la tête du fémur, qu'ils se sont peu occupés de conserver les débris du périoste adhérent aux parties cariées. Il importe cependant ici, comme pour les autres tumeurs blanches, de ménager cette membrane, de même que la lame compacte qui lui est adhérente, et d'extraire par l'évidement, suivant les règles posées par M. Sédillot, tout le tissu qui a été envahi par la carie, la nécrose ou le tubercule. C'est ainsi que M. Desgranges est parvenu en 1863 à guérir un jeune homme qui était affecté d'une carie du grand trochanter et du col du fémur, et que, chez un autre malade dont l'existence paraissait désespérée, M. Péan put dernièrement, avec un résultat favorable, évider le col du fémur, le grand trochanter, et une partie assez étendue de la diaphyse de cet os, qui étaient le siége d'une ostéite et d'une carie extrêmement graves.

Nous ne dirons du traitement consécutif à l'opération que ce qui lui est vraiment spécial, c'est-à-dire que nous attirerons les préférences du chirurgien sur l'emploi des appareils qui, tout en maintenant le membre allongé, permettent de surveiller la plaie et d'appliquer les pansements sans renouveler les douleurs du malade.

ARTICLE XIV.

DE L'ARTHRITE SÈCHE DE L'ARTICULATION ILIO-FÉMORALE. (MORBUS COXÆ SENILIS).

A côté de la fémoro-coxalgie, se place naturellement l'histoire d'une maladie qu'on n'observe que chez les vieillards, et qui, pour cette raison, est désignée sous le nom de morbus coxæ senilis. Cette affection, qui est encore confondue par quelques auteurs avec la tumeur blanche, présente au contraire tous les caractères de l'arthrite sèche sur lesquels nous ne reviendrons pas. En effet, au point de vue anatomo-pathologique, on constate que, dans le plus grand nombre des cas, la tête du fémur et le fond de la cavité cotyloïde sont hypertrophiés et éburnés:

⁽¹⁾ Thèse de doctorat. Paris. 1860.

⁽²⁾ Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1868.