

§ 6. — De la rétraction permanente de l'aponévrose plantaire. (P. B.)

Il paraît que l'aponévrose plantaire peut se rétracter comme l'aponévrose palmaire. Je n'en connais qu'un exemple donné par Astley Cooper. J'ai souvent vu des orteils repliés sur leur face inférieure, et cette disposition gênait beaucoup la marche; mais il n'y avait pas sur la peau de la plante du pied les plis transversaux qui indiquent, comme on l'observe à la main, que l'aponévrose plantaire est rétractée.

Astley Cooper, après avoir parlé de la rétraction des doigts, et avoir dit que, lorsque la rétraction est due à l'aponévrose palmaire et que la bandelette contractée est étroite, on peut avec avantage en faire la division avec un bistouri étroit, à travers une plaie très-peu étendue des téguments, et placer le doigt sur une attelle pour le maintenir étendu, ajoute : « Mon neveu, M. Bransby Cooper, a pratiqué cette opération sur le pied, chez un fermier qui, par suite d'une rétraction semblable, ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires. »

J'ai cru devoir citer ce passage des ouvrages du chirurgien anglais pour appeler l'attention des praticiens sur cette maladie.

§ 7. — Des ulcères des jambes. (P. B.) (1)

Quoique Boyer ait traité des ulcères dans le tome II de cet ouvrage, et qu'il ait dit quelques mots sur les ulcères des jambes, je crois que ce sujet est trop important pour que je n'en parle pas dans un paragraphe particulier. En effet, l'ulcère des jambes est une maladie si commune, et sur le traitement de laquelle les opinions sont si différentes, que je pense ne pas pouvoir trop faire connaître un mode de traitement qui m'a toujours réussi.

L'ulcère des jambes est une solution de continuité de la peau de ces

(1) Consulter, pour plus de détails, mon *Mémoire sur un mode de traitement des ulcères des jambes, sans assujettir les malades ni au repos ni au régime*, publié dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1841.

parties, avec ou sans perte de substance, ne s'étendant jamais au delà du tissu cellulaire sous-cutané, et étant constamment la conséquence d'une plaie récente mal soignée.

Cette définition doit être bien étudiée, parce qu'elle écarte toute ulcération dépendant d'une cause interne ou d'une maladie de la peau, et parce qu'elle a pour but d'établir que les ulcères des jambes, dans l'acception qu'on doit donner à cette dénomination, sont des plaies simples, persistant par faute de traitement local, et guérissant dès qu'on a recours à ce traitement.

Le siège le plus fréquent est à la jambe gauche. On l'observe sur les côtés interne, externe, antérieur et postérieur du membre dans l'ordre de fréquence suivant : côté interne, côté antérieur, côté externe, côté postérieur. Ils sont plus communs au tiers inférieur des jambes qu'au tiers moyen et au tiers supérieur. La malléole interne en est plus fréquemment atteinte que la malléole externe.

Leur nombre est variable. Le plus souvent l'ulcère est unique; dans quelques cas cependant, il est multiple : j'en ai vu jusqu'à dix ou onze sur une même jambe.

Leur forme est ordinairement allongée et plus ou moins ovale ou elliptique. Quelquefois ils ont une forme arrondie ou triangulaire; dans quelques cas, ils ont une forme irrégulière qui ne peut être rapportée à aucune figure. Je n'ai pas remarqué que la forme ronde fût un obstacle à la guérison.

Leur grandeur est excessivement variable, et ne peut être indiquée d'une manière générale. La dimension verticale est ordinairement la plus grande; rarement c'est le contraire. J'en ai vu qui avaient une longueur de dix, onze, quatorze, seize centimètres, sur une largeur de quatre, six, huit centimètres. J'en ai vu d'autres qui avaient une largeur de treize ou quinze centimètres, sur une étendue verticale de quatre ou neuf centimètres. J'ai observé des ulcères ronds qui avaient un diamètre de cinq ou six centimètres, ce qui donnait une circonférence de quinze ou dix-huit centimètres.

La durée des ulcères des jambes ou leur ancienneté est relative à l'époque de leur première apparition, et à l'époque de leur apparition actuelle ou récidivée; car ils sont très-sujets à récidiver par rupture de la cicatrice. Il peut s'écouler un grand nombre d'années entre la première apparition d'un ulcère des jambes et les récidives, et à cet égard on ne peut établir aucune règle générale. Il en est de même pour

la durée actuelle des ulcères, parce que cette durée dépendant du manque de soins de la part de l'individu malade, elle peut être excessivement longue. Ainsi, j'ai vu des ulcères qui dataient de cinq années, de sept années, de quinze années, par suite de la négligence des malades à se faire traiter.

C'est dans la jeunesse et l'âge adulte qu'on observe les ulcères des jambes; c'est, par conséquent, entre vingt-cinq et cinquante-cinq ans qu'on les rencontre. La raison est simple: c'est dans cette période de la vie que les individus des deux sexes se livrent aux travaux qui peuvent faire naître les ulcères.

Les hommes y sont beaucoup plus exposés que les femmes, à cause de leurs genres de travaux.

Toutes les professions ne prédisposent pas également à la formation des ulcères, c'est-à-dire au changement d'une plaie simple, qui guérirait sans la moindre peine, en une plaie qu'une irritation continuelle entretient. Tout homme peut avoir un ulcère des jambes; mais les individus qui se tiennent constamment debout, surtout s'ils sont exposés à recevoir des contusions aux jambes ou à se blesser dans ces parties, ont des ulcères bien plus fréquemment que les autres. J'ai trouvé dans mes relevés que ce qu'on a répété partout, sur la plus grande fréquence des ulcères des jambes chez les hommes des ports, chez les débardeurs, qui ont constamment les jambes dans l'eau, et chez les blanchisseurs ou blanchisseuses, qui sont toujours debout, n'était pas exact. J'ai trouvé, au contraire, que les hommes de peine, les journaliers, les marchands ambulants, les serruriers, les fondeurs et les mécaniciens, étaient ceux qui en étaient le plus souvent affectés. Ces individus sont, en effet, blessés bien plus fréquemment aux jambes que les individus de toute autre profession.

Les ulcères des jambes sont très-faciles à reconnaître. L'existence d'une solution de continuité plus ou moins ancienne ayant succédé à une plaie mal soignée, suffit pour faire distinguer l'ulcère simple, dont je m'occupe ici, des ulcères réels qui dépendent d'une cause interne, et qui sont la suite d'une ulcération spontanée produite par cette cause. Dans ces derniers cas, il n'y a jamais eu précédemment une blessure quelconque comme contusion, plaie, excoriation.

Les ulcères des jambes peuvent présenter toutes les complications qui ont été indiquées par Boyer dans le chapitre des ulcères; je ne

reviendrai pas ici sur ces complications, dont je dirai quelques mots plus tard, à propos du traitement.

Ces ulcères sont très-sujets à récidiver. Plusieurs causes occasionnent ces récidives. Celle qui y prédispose le plus est la présence d'une cicatrice aux jambes, cicatrice que la moindre blessure rouvre et détruit en peu de temps. Les autres causes sont toutes celles qui ont donné lieu à la première apparition de la plaie qui a été suivie d'ulcère, et qui, se renouvelant journellement, peuvent également faire renouveler l'ulcère.

Le diagnostic différentiel des ulcères est facile d'après ce que Boyer en a dit.

Le pronostic des ulcères des jambes n'offre aucune gravité. Ils peuvent tous guérir par un traitement simple, auquel il faut avoir recours toutes les fois qu'ils récidivent.

Le traitement des ulcères des jambes consiste généralement à faire garder le repos aux malades, et à panser la plaie avec des cataplasmes émollients, surtout quand les bords de l'ulcère sont indurés; puis à appliquer du cérat simple, ou d'autres topiques, et à ne permettre la marche que lorsque la cicatrice est achevée. Quelques praticiens font tenir le membre malade plus élevé que le tronc; d'autres appliquent des lames de plomb sur l'ulcère; d'autres mettent des topiques dont ils varient la formule pour en faire un secret; d'autres, enfin, ont un remède particulier. Underwood, chirurgien anglais, est peut-être le premier qui ait pensé que les individus atteints d'ulcères des jambes pouvaient marcher. Un autre chirurgien anglais, Baynton, appliquait sur les ulcères des jambes des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé; mais son emplâtre, très-irritant, donnait lieu à un eczéma, auquel il remédiait au moyen de lotions d'eau froide renouvelées plusieurs fois par jour. Mais ce qui faisait surtout la spécialité du traitement de ce chirurgien, c'était l'obligation de marcher qu'il imposait au malade. Il y a une vingtaine d'années qu'il existait à Paris un de ces empiriques à remèdes secrets, qui pansait les ulcères des jambes avec une pommade, et qui faisait marcher les malades.

J'ai pensé que, puisque le chirurgien anglais avait réussi, avec son topique irritant, à guérir les malades sans les tenir au lit, je pourrais également les guérir avec l'emplâtre de diachylon gommé, qui n'est pas irritant; et que la marche ne ferait pas rouvrir la cicatrice, comme cela a lieu si souvent quand on guérit les malades en

leur faisant garder le lit, puisque cette cicatrice se serait formée pendant la marche. J'ai proposé au Conseil général des hôpitaux de Paris, d'essayer un mode spécial de traitement des ulcères des jambes, qui consisterait à les panser avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, sans assujettir les malades à aucun repos ni à aucun régime. Ayant obtenu la permission de faire cet essai au pansement externe du Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris, je l'ai continué pendant seize mois, et après cet espace de temps j'ai pu présenter des résultats positifs. Ils ont donné cent vingt-cinq cas de succès, et neuf d'insuccès, dont je ferai connaître les causes après avoir décrit le traitement dans tous ses détails.

Ce traitement, d'une extrême simplicité, consiste, 1° à entourer la jambe, dans le lieu du siège de l'ulcère, avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, en ayant soin de dépasser haut et bas la solution de continuité dans l'étendue de trois centimètres; 2° à mettre par-dessus les bandelettes des compresses et une bande roulée qui enveloppe le pied et la jambe jusqu'au-dessous du genou, ou un bas lacé; 3° à renvoyer le malade à ses occupations journalières, sans l'astreindre à aucun repos ni à aucun régime. Je vais indiquer maintenant les détails du pansement.

L'emplâtre de diachylon gommé dont je me sers est celui du *Codex gallicus*, fondu et étendu en couche mince sur de la toile de coton ou de chanvre, ou de lin : la toile de coton étant moins coûteuse est préférable, surtout à cause des gens pauvres, chez lesquels on observe les ulcères plus souvent que chez les gens riches. Je taille avec ce sparadrap des bandelettes larges de deux à trois centimètres, en ayant soin d'enlever les lisières. J'applique ces bandelettes sur le membre, en commençant, comme je l'ai déjà dit, à trois centimètres au-dessous de l'ulcère; je mets le milieu de la bandelette sur le milieu de la solution de continuité, et je croise ses extrémités sur la partie saine de la jambe, en faisant faire à la bandelette une fois et demie le tour du membre. Je préfère agir ainsi, quoique le précepte général soit de croiser les bandelettes sur la solution de continuité même, parce que je ne suis jamais parvenu à rapprocher les bords de l'ulcère l'un de l'autre, et parce que la suppuration fait détacher les bouts des bandelettes entre-croisées sur la plaie. J'applique autant de bandelettes que cela est nécessaire pour couvrir tout l'ulcère, et je le dépasse de trois centimètres. Dans cette application, j'ai soin que chaque bande-

lette recouvre la précédente dans le tiers de sa largeur, et lorsque la suppuration est abondante, je recouvre chaque bandelette dans la moitié de sa largeur. Je mets ensuite les compresses et la bande roulée. Je renouvelle ce pansement tous les deux jours au plus tôt; quelquefois tous les trois ou quatre jours, quelquefois moins souvent encore quand la suppuration est peu abondante. Pour enlever les bandelettes, j'introduis des ciseaux au-dessous d'elles du côté où la peau est saine, et je les coupe d'un seul trait, puis je les détache des deux côtés à la fois en les enlevant doucement.

Je fais ce pansement dès le premier jour : je n'ai jamais recours à aucun autre moyen; je ne lave jamais l'ulcère ni la jambe, je me contente de les essuyer avec des compresses; je ne soumets jamais le malade à aucun repos, ni à aucun régime médicamenteux ou alimentaire. J'ai appliqué ce traitement à des ulcères avec inflammation, et l'inflammation s'est dissipée. Je l'ai employé pour des ulcères calleux, les callosités se sont fondues; pour des ulcères gangréneux, les eschares se sont détachées; pour des ulcères avec fongosités, les fongosités se sont affaïssées. Je l'ai mis en usage pour des ulcères compliqués de varices, et l'existence de celles-ci n'a pas été un obstacle à la guérison. En un mot je m'en suis servi pour toutes les espèces d'ulcères, et j'ai réussi. Dans quelques cas de complications d'eczéma chronique, il y a eu développement d'un eczéma aigu; alors, tantôt j'ai pu continuer l'emploi des bandelettes de diachylon gommé, tantôt j'ai été obligé de le suspendre pendant quelque temps, puis je l'ai repris. Lorsque, pour une cause quelconque, les malades ne peuvent pas se soumettre à un pansement régulier, je fais un pansement pour ainsi dire double; c'est-à-dire qu'après avoir mis les bandelettes comme à l'ordinaire, je place un second rang de bandelettes sur le rang d'imbrication des premières. J'agis de même quand il y a une suppuration très-abondante.

J'ai dit que j'avais eu neuf cas d'insuccès: ils sont dus ou à l'incurie des malades, qui ne suivaient pas régulièrement le traitement; ou à la coexistence d'énormes varices, qui entretenaient l'engorgement du membre malgré la compression exercée par les bandelettes et les bandes; ou à l'existence d'un eczéma ou d'une hypertrophie de la peau dont l'ulcère était la conséquence; ou enfin à une cause interne, comme la syphilis, contre laquelle les bandelettes étaient sans action. Ce mode de traitement des ulcères des jambes présente évidemment

de très-grands avantages, puisqu'il n'assujettit les malades qu'à des pansements qui ne sont pas journaliers, et que même, dans certains cas, il n'exige pas des pansements hebdomadaires; car j'ai vu des malades rester avec le même pansement douze, quinze, vingt-sept, trente et quarante-neuf jours; et quelques-uns de ces individus ont fait, avec leur membre pansé, des voyages de huit et dix myriamètres soit à pied, soit en voiture. Cependant il ne met pas à l'abri des récidives, et j'en ai observé vingt-deux cas. Ces récidives furent produites par les causes ordinaires: contusions, eczéma, varices. Mais un des plus grands avantages de ce traitement est, suivant moi, la solidité de la cicatrice, solidité que j'obtiens en faisant marcher. Lorsque les malades sont guéris en restant au lit, la cicatrice se forme sur des muscles dans l'inaction, et quand le malade commence à marcher, les muscles, en se contractant, font des saillies qui tiraillent cette cicatrice et tendent à la rompre; ce qui arrive ordinairement. Lorsqu'au contraire on obtient la formation de la cicatrice pendant que le malade marche, on peut être certain qu'elle ne se rompra pas quand on cessera l'emploi du traitement; c'est ce qu'on observe en mettant en usage celui que je recommande. D'ailleurs, pour m'assurer de la solidité de la cicatrice, j'ai toujours le soin de la frotter fortement avec une compresse, avant de suspendre tout traitement. Ce moyen m'a constamment réussi: quand la cicatrice n'est pas solide, elle cède, et alors je recommence le pansement; quand elle est solide, elle résiste.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur les ulcères des jambes par deux remarques, l'une sur la grandeur de la cicatrice, l'autre sur l'innocuité de la guérison de ces ulcères. Quel que soit le volume du membre malade, volume variable en raison des causes de l'ulcère, la cicatrice est toujours égale en grandeur aux deux tiers de la grandeur de la solution de continuité. Je n'ai jamais observé, après la guérison de l'ulcère, ces congestions cérébrales que Morgagni et d'autres praticiens disent avoir vues; et je partage complètement l'opinion de Camper, qui pense que ces congestions ne dépendent nullement de la suppression de la maladie locale.

§ 8. — Du raccourcissement spontané du col du fémur. (P. B.)

On trouve dans le *Traité des maladies des os*, par Benjamin Bell, membre du collège royal des chirurgiens d'Édimbourg et de

Londres, publié en l'année 1828, la description d'une maladie du col du fémur, qu'il désigne sous le nom d'*absorption intersticielle du col du fémur*, et à laquelle je crois devoir donner celui de *raccourcissement spontané du col du fémur*, parce que je trouve qu'il indique mieux l'effet de la maladie que la dénomination choisie par le chirurgien anglais. Il avait déjà publié, dès l'année 1824, quelques observations sur cette affection; mais ce qu'il dit dans son traité est plus complet.

B. Bell s'appuie, dans son ouvrage, sur l'autorité de Morgagni, de Trioën et de Sandifort, pour prouver l'exactitude de sa description pathologique et anatomo-pathologique; mais la précision de ce qu'il dit est trop grande pour qu'il ait besoin de rechercher des preuves à l'appui dans des ouvrages où il n'y a que des descriptions ou des dessins des altérations produites par la maladie dans l'os fémur, sans aucun renseignement pathologique sur cette maladie. Les planches de Trioën et de Sandifort peuvent être consultées avec avantage, si l'on veut se faire une idée des désordres morbides survenus dans la tête et le col du fémur; mais on ne trouve que, dans le pathologiste anglais la description de la maladie. Depuis la publication de son écrit, de nouvelles recherches ont été faites, et elles sont venues confirmer ce que B. Bell avait dit.

Cette maladie affecte spécialement les personnes qui sont déjà avancées en âge, et elle est alors idiopathique. On l'observe quelquefois chez des individus jeunes et adultes; ainsi B. Bell l'a vue chez des personnes âgées de treize, trente et quarante ans; mais dans ces cas, elle est le résultat direct du froid ou d'un coup, ou de toute autre lésion traumatique du grand trochanter.

Les symptômes diffèrent selon ces deux ordres de causes. Chez les individus avancés en âge, les premiers symptômes sont: une inclinaison du corps en avant, qui ne dépend pas de la courbure des parties dorsale et lombaire de la colonne vertébrale par suite de l'affaiblissement des masses musculaires dorsales, mais qui est occasionnée par une demi-flexion du bassin sur le fémur, de sorte qu'on observe une courbe plus ou moins aiguë à l'articulation de la hanche, courbe qui est toujours peu prononcée relativement à celle du dos et des lombes. Indépendamment de cette inclinaison en avant, il y a aussi chez quelques individus un abaissement du corps, une inclinaison latérale, et dans ce cas le membre du côté malade est plus court que celui du

côté opposé, lorsqu'on s'appuie sur lui. Les mouvements d'abduction de la cuisse ne peuvent pas être exécutés au delà d'un très-léger écart. Une douleur sourde et un sentiment de fatigue se font sentir dans la région de l'articulation de la hanche, et ils sont augmentés par le plus léger effort. Le malade ne peut se tenir debout, ni appuyer son corps sur le côté affecté, sans éprouver une gêne considérable dans l'articulation. Les douleurs semblables à celles du rhumatisme produisent des élancements le long de la cuisse, et se répandent en travers dans les reins. Les muscles de l'extrémité malade dépérissent, et la santé générale est altérée dans quelques cas.

Chez les individus jeunes ou de moyen âge, lorsque l'affection est la conséquence d'une blessure, le malade se plaint, immédiatement après avoir reçu cette blessure, de douleurs dans l'articulation de la hanche. Dans l'espace de peu de jours, ces douleurs se changent en un sentiment d'incommodité sourde qui ressemble au rhumatisme chronique: et elles augmentent si le malade imprime des mouvements à l'articulation ou s'il porte le poids du corps sur le membre affecté. Lorsque le froid fait naître cette maladie, l'incommodité locale est beaucoup plus prononcée.

Dans quelques cas, cette maladie du col du fémur ne présente d'autres symptômes qu'une roideur dans l'articulation de la hanche.

Le diagnostic de cette affection est facile quand on a une connaissance suffisante de ses symptômes. En effet, quoique B. Bell dise qu'on peut aisément la confondre avec le rhumatisme chronique, pour lequel elle a souvent été prise et traitée, il n'est pas cependant possible de ne pas reconnaître qu'il existe entre les deux maladies trop de différences pour qu'on puisse se tromper. Vers l'époque de la publication du mémoire de B. Bell, alors qu'on ne pouvait pas me supposer des opinions arrêtées et positives sur le diagnostic des maladies difficiles à préciser, j'ai observé chez une de mes parentes l'affection du col du fémur qui nous occupe. Les médecins qu'elle avait consultés prétendaient qu'elle était atteinte de rhumatisme; mais il était évident pour moi que ce n'était pas un rhumatisme ordinaire. J'avais connaissance du mémoire de B. Bell, et j'avais reconnu la maladie. Je donnerai les détails de cette observation à la fin de ce paragraphe.

Le pronostic de cette maladie est grave, car elle est incurable. Les différents moyens thérapeutiques conseillés pour la combattre sont sans efficacité sur la claudication; ils modèrent seulement la douleur.

L'examen du fémur, après la mort, nous présente les altérations suivantes. Le périoste qui recouvre le col du fémur est épaissi et ses vaisseaux sont injectés et rouges. Quand on l'a enlevé, l'os est trouvé percé, pour ainsi dire, par un nombre infini de petits trous d'un diamètre variant d'un demi-millimètre à deux et trois millimètres. Ces trous ne dépassent pas la table externe de l'os, et ils sont remplis par le périoste qui s'enfonce dans leur cavité. L'épaississement du périoste et le nombre de ces trous sont d'autant plus grands que la maladie est plus avancée. C'est surtout à la face inférieure du col du fémur qu'on trouve une plus grande quantité de trous. Cette face s'est rapprochée du petit trochanter, non pas, comme le fait observer B. Bell, parce que l'os s'est amolli ou altéré dans sa structure, mais parce que son tissu, sa substance entière, ont disparu. La tête du fémur paraît avoir été repoussée en bas par l'action d'une forte pression, de sorte qu'elle vient quelquefois reposer sur le petit trochanter. B. Bell dit avoir dans sa collection anatomique une pièce dans laquelle on voit le petit trochanter assez creusé pour fournir une cavité à la tête du fémur. Indépendamment de cette disposition dépendante du raccourcissement du col du fémur, il y a un aplatissement de la tête de l'os, et la formation d'une rainure profonde autour du bord inférieur de la couronne, par suite de la présence d'un dépôt osseux stalactiforme qui paraît naître de la tête du fémur au-dessus de cette couronne. Quelquefois ce dépôt osseux est assez étendu sur le col fémoral pour faire croire que celui-ci est renfermé dans une gaine. Cette production osseuse a une structure tantôt spongieuse, tantôt dense. Dans quelques cas le raccourcissement du col a lieu à sa partie supérieure; mais ce cas est plus rare que le précédent.

La membrane synoviale et la portion de la capsule articulaire qui se réfléchit sur le col du fémur sont aussi épaissies et très-vasculaires, quoique n'étant pas enflammées. On y aperçoit un grand nombre de vaisseaux qu'on n'y voit pas dans l'état normal; ils présentent une teinte rouge vermeille et forment un très-beau réseau.

B. Bell fait observer que dans quelques cas le raccourcissement du col fémoral est si considérable par suite de son absorption interstielle, que les deux tiers de sa longueur ont disparu; et que, dans d'autres cas, la disposition des dépôts osseux stalactiformes est telle qu'on pourrait croire à l'existence antérieure d'une fracture du col du fémur.

Le traitement de cette maladie consiste à faire garder, dès le commencement, un repos parfait dans une position horizontale, et à faire usage de cataplasmes émollients appliqués sur l'articulation de la hanche. B. Bell pense que, dans le principe de la maladie, des lotions évaporantes et des douches d'eau chaude faites très-légerement, en versant l'eau simplement avec une bouilloire, peuvent être avantageuses. Si ces moyens sont insuffisants, il faut avoir recours aux vésicatoires, au cautère potentiel, au séton, aux frictions irritantes, au cautère actuel et au moxa. Le malade ne devra se lever et cesser l'emploi de topiques que lorsqu'il ne souffrira plus.

Observation. Je crois devoir terminer cet article par la narration d'un fait dont j'ai été témoin; il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être faite. Vers l'année 1827 ou 1828, une de mes parentes, âgée de cinquante-neuf à soixante ans, commença à se plaindre d'une douleur survenue, sans cause connue, dans la hanche gauche. Comme cette douleur augmentait par la marche, et surtout au moment des grandes variations atmosphériques, elle fut regardée comme rhumatismale, et elle fut rangée dans la classe de ces douleurs rhumatismales peu intenses et chroniques, pour ainsi dire, dès leur apparition. Cette dame ne fut pas mise au lit, ni même dans un repos parfait; seulement on lui conseilla de passer chaque jour dix à douze heures dans le lit, et d'appliquer pendant ce temps des cataplasmes émollients sur la hanche. Elle suivit ce conseil sans en tirer aucun soulagement. Elle était très-gênée dans la marche: elle traînait la jambe, et était penchée du côté malade, comme le fait remarquer B. Bell. Quand elle était debout, elle ne pouvait s'appuyer sur son membre, et elle était forcée de prendre un point d'appui sur un meuble voisin. Lorsqu'elle voulait se baisser, elle ne pouvait fléchir l'articulation de la hanche, et elle était obligée d'écarter progressivement le membre en le portant un peu en dehors et en arrière, et de s'incliner sur la hanche droite; puis, en se relevant, elle le rapprochait aussi doucement qu'elle l'avait écarté. Cet état de douleur et de gêne alla en augmentant pendant trois ans environ; puis il devint stationnaire, et la malade marcha en boitant, mais en souffrant beaucoup moins. Elle mourut d'une maladie tout à fait étrangère à celle dont nous parlons, en l'année 1834, six à sept ans après le commencement de sa claudication. Pendant les premiers temps de la maladie de la hanche, j'émis devant les personnes que cette dame consulta l'opinion qu'elle avait

l'altération du col du fémur, dont il est question dans ce paragraphe; mais les faits publiés par B. Bell n'étaient pas encore connus en France, et ma jeunesse fit rejeter l'avis que j'ouvrais. On n'aurait pas guéri cette dame, mais on aurait apporté du soulagement à ses souffrances. Malgré le peu de détails de ce fait, dont je puise les souvenirs dans ma mémoire, j'ai cru devoir le rapporter uniquement dans le but de fixer l'attention sur une maladie à peine connue.

§ 9. — De la résection de la tête du fémur. (P. B.)

La résection de la tête du fémur a été pratiquée vers le milieu du xviii^e siècle par White, chirurgien anglais, chez un enfant affecté de coxalgie. Il enleva la tête avec une portion du fémur, et pour faire cette opération, il se contenta de pratiquer une incision longitudinale sur le côté externe de l'articulation de la hanche. Il ouvrit la capsule, il luxa l'os et l'amena au dehors pour le scier. Le malade guérit.

Cette opération fut pendant longtemps la seule qui eût été pratiquée. Des chirurgiens et des anatomistes dissertèrent sur elle, et proposèrent diverses manières de la faire, mais sans l'exécuter sur le vivant. Chaussier entreprit une série d'expériences sur des chiens, pour s'assurer de la difficulté et de la facilité de la manœuvre opératoire, et pour étudier l'anatomie pathologique de la guérison.

Des opérations du même genre ont été pratiquées plus récemment, et ont été suivies de succès. Mais il faut remarquer que, dans quelques cas, il y avait une maladie de l'os, une nécrose, et que plusieurs fois la tête et le col du fémur étaient déjà détachés du reste de l'os, et libres au milieu des parties molles, souvent traversées par des fistules; ou bien l'os, brisé par un coup de feu, présentait plusieurs esquilles dont l'extraction a été faite. C'est ainsi que Vogel et Brandisch guérirent, le premier, une jeune fille affectée de coxalgie, et le second, un homme blessé par un coup de feu. Or, ces cas ne doivent pas être regardés comme des résections, mais comme de simples extractions d'os nécrosés. A côté de ces cas, nous en trouvons d'autres dans lesquels des résections réelles ont été faites avec un succès égal à celui que White a obtenu. Schlichting réséqua la tête du fémur chez une jeune fille âgée de quatorze ans, et la guérison eut lieu en six semaines. Kolher et Heine de Wurtzbourg ont fait aussi cette résection avec

succès. M. Schmalz l'a pratiquée, et le malade n'est guéri qu'après trois ans. Dans ces divers faits heureux, le col du fémur a été scié. D'autres faits malheureux viennent contre-balancer ces succès, sans cependant devoir décourager les chirurgiens, et les détourner complètement de la pratique de cette opération. MM. Klüge, Hewson, Jøger et Textor, ont vu succomber leurs malades après deux jours, vingt-trois jours, trois mois. L'opération avait été faite pour une nécrose de la tête du fémur. Dans un cas de même nature, venu à ma connaissance, l'opéré a succombé le deuxième jour. M. Seutin a pratiqué la résection de la tête du fémur à la suite d'une fracture comminutive faite par un boulet de canon, et son malade est mort de la gangrène survenue dans les parties molles.

Nous pouvons, je pense, d'après la comparaison de ces quelques faits auxquels d'autres encore pourraient être ajoutés, nous pouvons, dis-je, regarder cette opération comme praticable dans les cas où l'état général du malade peut faire espérer la réussite de cette opération, comme celle de toute autre opération grave.

Divers procédés ont été proposés pour arriver à découvrir l'articulation coxo-fémorale. Le meilleur et le plus simple consiste à faire sur le grand trochanter ou sur le côté externe de la hanche, une incision longitudinale parallèle à l'axe du corps; on coupe toutes les parties molles jusqu'à la capsule articulaire; on l'ouvre, et alors on luxé l'os fémur en dehors pour couper le ligament inter-articulaire; puis, au moyen d'une scie en chaîne ou d'une scie à arbre, on retranche soit le col seul, soit le col et le grand trochanter. Si la tête de l'os est nécrosée, il peut se faire que le ligament inter-articulaire soit détaché, ce qui rend l'opération plus facile. Si le ligament inter-articulaire existe, il peut être alors plus commode de séparer d'abord le col avec la scie, et d'agir ensuite sur lui pour couper le ligament intérieur de l'articulation. L'incision droite a été employée par White, et par plusieurs chirurgiens après lui. Jøger et Hewson préfèrent une incision courbe qui circonscrit le grand trochanter. D'autres praticiens ont proposé, les uns de faire un lambeau quadrangulaire, les autres de faire un lambeau triangulaire. Parmi eux, il y en a qui ont fait cette proposition d'après des expérimentations sur le cadavre, et d'autres qui ont pratiqué sur le vivant. Je pense qu'une simple incision longitudinale est suffisante, surtout si le sujet atteint de coxalgie ancienne est amaigri; et l'on voit, par l'opération que M. Seutin a pra-

tiquée sur un militaire, que cette incision est également suffisante chez les individus qui n'ont éprouvé aucun amaigrissement. Il faudrait donc des circonstances particulières pour engager le chirurgien à faire un lambeau.

Quelques chirurgiens croient convenable de comprimer l'artère crurale pendant l'opération. Cette compression me paraît inutile, car il n'y a nullement à craindre une hémorrhagie.

Le pansement doit être différent selon l'état des parties molles. Si elles sont saines, on doit réunir immédiatement; mais, si elles sont malades par suite de l'existence d'abcès et de trajets fistuleux, ou par suite de la contusion produite par le projectile de l'arme à feu, il faut panser à plat. Du reste, on se conduit dans l'administration des soins consécutifs comme dans toute autre plaie.

ARTICLE III.

De l'amputation des membres.

§ 1. — Des objets communs à toutes les amputations.

On pratique l'amputation d'un membre, lorsqu'il est tellement affecté, qu'on ne saurait le guérir ni même le conserver pendant quelque temps sans exposer le malade à perdre la vie. On a quelquefois amputé des membres dont la conservation ne pouvait compromettre ni la santé ni les jours des individus, et uniquement parce que ces membres étaient ankylosés dans une direction qui les empêchait de remplir leurs fonctions et les rendait gênants, incommodes ou difformes. Mais s'il s'agit d'un membre considérable, de la jambe par exemple, il y aurait de l'imprudenc, de la témérité même, à faire une opération qui peut causer la mort, pour remédier à une simple incommodité. C'est pourtant ce qu'on a vu plus d'une fois.

Ce que nous avons dit de chaque maladie en particulier, nous dispensé de faire ici l'énumération des cas nombreux et variés qui indiquent absolument l'amputation d'un membre. Nous supposons donc que l'amputation est indispensablement nécessaire, que les forces du malade lui permettent d'y résister, qu'il y a été préparé convenable-