

externe et supérieure de la cuisse ne vous donne rien de net; on croit retrouver profondément la saillie du trochanter, mais on ne saurait indiquer sa situation exacte. On peut seulement affirmer que le trochanter est effacé, qu'il a disparu dans les parties molles de la cuisse, entraîné avec le fémur que la violence du traumatisme a déplacé en dedans de sa cavité cotyloïde. Et ce déplacement est réel, Messieurs, et cette tête osseuse retrouvée sous le pli de l'aîne est bien la tête du fémur, puisque, lorsque vous saisissez la cuisse et lui imprimez des mouvements, ces mouvements se transmettent à cette saillie.

Il nous est maintenant bien facile d'apprécier exactement la situation qu'elle occupe, et nous pouvons affirmer qu'elle est venue se placer en dedans, vers la partie interne de la fosse ovalaire. Il s'agit donc d'une luxation ischio-pubienne, dans laquelle la tête de l'os serait venue appuyer sur la branche ascendante de l'ischion. C'est qu'en effet vous ne pouvez confondre cette variété de luxation avec la forme ilio-pubienne, dans laquelle la tête du fémur vient se loger sur la branche horizontale du pubis en soulevant ou refoulant l'arcade de Fallope.

Ici, la tête est bien au-dessous du pubis et, dans cette situation, elle imprime au membre tout entier, un mouvement d'abduction compliqué de rotation en dehors. Le grand trochanter ne doit pas être loin de la partie inférieure de la branche ascendante de

l'ischion et le petit trochanter doit se trouver sur un plan plus antérieur. Mais plusieurs points vous échappent et il vous serait, en particulier, difficile de retrouver cette dernière saillie osseuse avec l'arc tendu du psoas au-dessus d'elle: toutes les parties molles ont subi une infiltration plastique, ont contracté de nouveaux rapports qui naturellement effacent aujourd'hui les détails que vous auriez facilement saisis peu de temps après le traumatisme.

Cette luxation, Messieurs, n'est pas restée sans amener autour d'elle et loin d'elle des désordres anatomiques. C'est d'abord l'atrophie de l'ensemble du membre. Les muscles ont perdu leur relief, ils sont maintenant altérés, gras, et ne répondent plus à l'électricité: seuls, les adducteurs se contractent encore un peu. J'applique les réophores sur les divers groupes musculaires autres que ces derniers; à part quelques contractions fibrillaires que, de distance en distance, vous voyez encore, il n'y a plus rien. Les muscles de la jambe eux-mêmes sont absolument perdus: en arrière, ils ont conservé un certain volume, mais là, pas plus qu'en avant et en dehors, ils ne répondent à l'action du courant.

Sans compter que l'état général est mauvais. La face est bouffie, pâle, et le sujet est gras, mais sans couleurs et sans forces. Nous avons appris qu'autrefois il avait eu des troubles nerveux centraux, dont la nature n'a pu être précisée; ne devons-nous pas

nous demander si ces troubles n'ont pas joué, vis-à-vis de l'état actuel, le rôle de causes prédisposantes ? Il faut toujours en tenir grand compte pour choisir un traitement.

Quant aux troubles trophiques du pied, leur origine ne me semble pas douteuse ; ils s'expliquent fort bien par la pression que le déplacement de l'astragale a fait subir à l'artère et au nerf tibial postérieurs. Il est en effet impossible que cet os, en se déplaçant en arrière, n'exerce pas une pression sur les organes situés dans la gouttière retro-malléolaire ; et vous savez que nous n'avons pas pu sentir les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne. Cette compression ne peut rester sans entraîner après elle des troubles de nutrition.

En présence d'une situation qui laisse un malade infirme, ne pouvant se mouvoir sans béquilles, remorquant un membre dévié dans toutes ses articulations et immobilisé dans ses déviations multiples, par conséquent sans point d'appui ; en présence de cette situation, Messieurs, que faut-il décider ?

Chez cet homme, plusieurs facteurs importants, capables de modifier vos décisions, doivent être sérieusement examinés.

Prenons d'abord, si vous le voulez, la déviation du genou. Cette attitude demi-fléchie tient à une rétraction pathologique des muscles. Devons-nous faire la ténotomie ? Cette petite opération n'offrirait aucune difficulté.

Vient ensuite le pied : on ne peut songer à réduire cette luxation trop ancienne ; il serait moins sage encore de penser à extraire l'astragale déplacé, alors qu'il n'amène autour de lui aucune menace d'abcès ou de gangrène. Et d'ailleurs, si le malade pouvait étendre la jambe, son pied, malgré sa déformation très sensible, pourrait, à l'aide d'un appareil prothétique, rendre des services.

Il ressort donc pour nous que l'attitude du genou est curable et que celle du pied ne saurait bénéficier d'autre chose que d'un traitement palliatif.

Que ferez-vous de l'articulation coxo-fémorale ? Tous les nombreux procédés de réduction doivent rester impuissants vis-à-vis d'un déplacement qui date de trois ans et demi. Dans ces vieilles luxations, la cavité articulaire se comble, se nivelle, et désormais, elle ne saurait recevoir la tête qui l'a abandonnée.

Est-il possible, cependant, de placer ce membre dans une meilleure attitude ?

Il ne faut pas songer ici à la déchirure sous-cutanée des adhérences, telle que le préconise M. Polaillon : elle est applicable aux cas récents. Il faut, je crois, laisser de côté la résection de la tête du fémur, l'ostéotomie sous-trochantérienne et l'ostéoclasie de la base du col. La chirurgie de ces opérations n'est pas cliniquement faite, à en juger par ce que nous savons des résections du col du fémur, pour luxation de la hanche.

Une observation de M. Polaillon rapporte bien un cas de résection, mais, il est à remarquer qu'il s'agit plutôt d'une arthrotomie.

Il y eut septicémie, car le sujet déjà vieux par l'alcoolisme, réparait mal; et, remarquez, cependant, qu'il s'agissait d'une luxation récente; or vous n'ignorez pas que notre malade est infirme depuis trois ans et demi.

La résection a été faite par Volkmann et Maccornac chez des sujets en bonne santé, pour des luxations datant: l'une, de six mois, et l'autre, de dix-huit. Ces faits là sont trop peu nombreux pour apporter la conviction immédiate dans les esprits, même quand ils ont le prestige du succès; nous ne savons au juste ce qu'il faut penser de la résection en pareil cas et, cependant, j'avoue que je n'hésiterais pas si j'avais devant moi un malade désormais condamné à une infirmité aussi pénible que celle d'une luxation non réduite, si sa santé générale se prêtait à ce genre d'intervention.

Mais, Messieurs, voyez l'état de ce malheureux, sans forces, avec un membre inerte. Vint-on à obtenir un succès, que feraient ses muscles atrophiés, quel avantage tirerait-il d'un membre redressé?

Quel que soit le résultat, notre malade ne pourra se séparer de ses béquilles et, dans une attitude quelconque, il traînera un membre inutile et sans mouvement. Il est donc plus sage de ne faire aucune

opération, de laisser le genou dans sa flexion, le pied tel qu'il est, et l'articulation coxofémorale dans son attitude d'abduction avec rotation externe; il faut, Messieurs, s'abstenir et ne pas (sans espoir) compromettre la vie de cet homme. Rappelez-vous qu'il exerce l'état de tailleur et que, pour son travail, il sera plus avantageux de rester tel qu'il est, avec son membre en abduction et rotation externe.

