

III. — Périarthrites coxo-fémorales.

Autour de l'articulation coxo-fémorale se trouvent des organes, os, bourses séreuses, dont les lésions peuvent simuler la coxo-tuberculose. Le professeur S. Duplay (1) a réuni très heureusement sous le nom de pseudo-coxalgies un groupe d'affections qui sont : les trochantérites, les péricotyloïdites ostéomyélitiques ou bacillaires, les psœlites avec fistules péricoxales, les bursites, etc.

La plupart de ces lésions donnent lieu à des abcès inguinaux, cruraux, obturateurs, publiens, trochantériens, ischiatiques, fessiers, cruraux internes, externes, postérieurs, antérieurs, voire même rectaux, vaginaux, pelviens et ischio-rectaux (2).

(1) S. DUPLAY, Les pseudo-coxalgies (*Semaine médicale*, 1896, et *Cliniques*).

(2) a. **Périorotyloïdites.** — Tous les chirurgiens qui se sont occupés tant soit peu spécialement des lésions osseuses et articulaires ont attiré l'attention sur les infections bacillaires ou ostéomyélitiques des surfaces osseuses périotyloïdiennes. Des trois os qui convergent vers le cotyle, c'est le pubis qui est le plus fréquemment lésé, qu'il s'agisse de tuberculose juxta-coxale ou d'ostéomyélite juxta-coxale. Ménard a observé neuf cas de *périorotyloïdites tuberculeuses* comprenant sept tuberculoses de l'ischion, une de l'ilion, une du sourcil cotyloïdien, une de la branche ischio-pubienne, une trochantérienne. Avec quelque patience, on finit toujours par reconnaître que la hanche est indemne; il n'y a pas de déviation articulaire. Quand il s'agit de fistules multiples, le diagnostic est plus difficile.

Les *périorotyloïdites ostéomyélitiques* nous paraissent peut-être plus fréquentes que les *périorotyloïdites tuberculeuses*. La symptomatologie est presque la même; le seul élément de diagnostic, à notre avis, c'est que dans la tuberculose il y a presque toujours une adénite inguinale. Celle-ci est rare dans l'ostéomyélite. De plus, celle-ci évolue avec beaucoup plus de fracas, en général. L'examen bactériologique à l'ouverture de l'abcès, l'inoculation à des animaux, permettront de préciser la nature de l'infection. Heureusement que le traitement est le même; c'est par des incisions parfois assez délicates, étant donnés les nombreux vaisseaux et nerfs de la région, que l'on devra mettre à nu le foyer osseux, le gratter et enlever le séquestre qui presque toujours existe et entretient les fistules d'origine péricoxale, mais non coxales (Voy. MÉNARD, *Congrès de chir.*, 1898, et *Soc. de pédiatrie*, 12 juin 1900; et MAUCLAIRE, *Ostéomyélitites de la croissance*, et Rapport sur un travail de M. Ménard, *Soc. de pédiatrie*, 1900).

b. **Trochantérites.** — *Trochantérites du grand trochanter* (magni-trochantérites d'Ollier). — Ces trochantérites sont provoquées soit par la tuberculose, soit par les différentes variétés d'ostéomyélitites (à staphylocoques, à bacille d'Eberth, etc.).

Au point de vue de la *symptomatologie*, la trochantérite bacillaire se caractérise par un début insidieux que les malades rapportent toujours à une chute. Puis la région trochantérienne se tuméfie, le trochanter est douloureux à la pression; les muscles de la cuisse s'atrophient, les ganglions inguinaux sont rapidement infectés et augmentés de volume. Le trochanter lui-même est élargi. Ce qui est caractéristique, c'est que les mouvements articulaires sont à peu près conservés; il n'y a pas d'attitude vicieuse, pas de raccourcissement du membre. Il n'y a pas de douleur exactement articulaire, pas de sensibilité à la pression de la tête fémorale, soit en avant, soit derrière le trochanter. Il peut cependant exister un peu de contracture périarticulaire, d'où abduction du membre inférieur.

Les *complications* se conçoivent aisément; ce sont les complications articulaires : arthrites tuberculeuses ou arthrites suppurées ostéomyélitiques.

Le *diagnostic* est facile, l'hématome traumatique de la bourse séreuse trochantérienne est facile à reconnaître. On diagnostiquera facilement l'épanchement de Morel Lavallée siégeant à ce niveau. Si nous signalons ces deux genres de lésions, c'est que nous les avons observées tout récemment.

Le *traitement* doit être prévu pour éviter les complications sus-indiquées. Il faut

IV. — Ankyloses acquises de la hanche.

Les causes en sont nombreuses. Par ordre de fréquence ce sont : 1° la coxo-tuberculose; 2° les arthrites infectieuses (à streptocoques,

de bonne heure trépaner le trochanter, évier cette tubérosité, enlever le foyer de fongosité ou le séquestre. Dans quelques-unes de nos observations, plusieurs grattages ont été nécessaires (Voy. DUPLAY, *Progrès méd.*, 22 août 1874, et *Sem. méd.*, 1896; LE FORT, *Sem. méd.*, 1890, et OLLIER, *Traité des résections*, 1891).

Quant à la *trochantérite du petit trochanter* (parvi-trochantérite d'Ollier), les observations en sont peu nombreuses. Le foyer d'ostéite sera abordé par une incision faite le long du bord postérieur du fémur.

c. **Bursites.** — 1° *Bursites du grand trochanter* (périarthrite coxo-fémorale). — Entre la peau et le grand trochanter existent plusieurs bourses séreuses, les unes sous-cutanées, les autres sous-aponévrotiques. D'autres bourses séreuses existent au niveau des insertions trochantériennes des tendons des muscles pelvi-trochantériens. Les plus souvent lésées sont la bourse du grand fessier située entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter, et la bourse trochantérienne du fascia lata située entre la face externe du grand trochanter et le fascia lata.

Ces différentes bourses séreuses peuvent s'infecter sous l'influence du traumatisme, des rhumatismes et de la plupart des autres maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, infection puerpérale, etc.).

Tantôt il n'existe qu'un simple épanchement séreux; parfois il est hémorragique, enfin il peut être purulent ou caséux.

Les lésions de la *bourse sous-cutanée* ne présentent rien de particulier; ce sont celles de toutes les bursites.

Celle de la *bourse profonde sous-aponévrotique* donne lieu à quelques symptômes assez spéciaux pouvant simuler l'arthrite coxo-fémorale, d'où le nom très heureux de *périarthrite coxo-fémorale* (Duplay).

La *bursite profonde infectieuse aiguë* se caractérise par de la douleur, de la tuméfaction; du fait de l'infection de la bourse séreuse, les mouvements de la hanche sont un peu gênés, mais ils ne sont nullement modifiés comme dans l'arthrite coxo-fémorale. Il n'y a pas d'attitude anormale et la douleur est bien trochantérienne et non articulaire.

Si la suppuration n'est pas ouverte de bonne heure, elle peut se propager à l'articulation. Le diagnostic de la lésion est facile. On songera parfois à la possibilité d'une bursite compliquant l'ostéomyélite du grand trochanter. La désinfection de la bourse séreuse par l'incision sera précoce.

La *bursite profonde chronique* peut être séreuse, hémorragique (Robert, Berger, Morestin), séro-caséuse, purulente, à grains riziformes.

Le gonflement de la région survient lentement, la fluctuation est profonde, et pour bien la reconnaître il faut fléchir la cuisse sur le bassin; la collection est alors plus saillante. Le plus souvent, la collection finit par s'ouvrir au dehors. Parfois l'épanchement descend très bas dans un diverticule de la bourse séreuse (P. Berger), d'où une longue période de fistulisation compliquée de claudication; quelques muscles se contractent par action réflexe, ils s'atrophient; il peut en résulter un peu de rotation externe ou d'abduction. Malgré tout, l'immobilité de la jointure n'est jamais absolue comme dans la coxo-tuberculose.

La *complication* la plus grave, c'est l'infection de l'articulation de la hanche.

En décomposant bien les symptômes, on fera le *diagnostic* avec les trochantérites et les arthrites, avec les abcès froids ostéopathiques migrants venant du bassin, du trochanter, du rachis, de l'articulation sacro-iliaque, etc.

Le seul *traitement*, et il sera précoce, c'est l'incision suivie de grattage, ou d'extirpation de la poche si cela est possible (Voy. PETIT, thèse de Paris, 1891; P. BERGER, *Soc. de chir.*, 1895; CALRON, thèse de Paris, 1898; MORESTIN, *Soc. anat.*, 1897; ZULZER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band L).

2° *Bursite du psoas-iliaque.* — Au-dessous du muscle psoas-iliaque se trouvent deux bourses séreuses, l'une petite et placée tout contre le petit trochanter; elle est inconstante. Sa pathologie est encore inconnue. L'autre bourse séreuse est placée entre le muscle et le ligament antérieur de la capsule. Elle a une forme ovoïde,

à staphylocoques, etc.) observées au cours des fièvres éruptives; les infections articulaires de la puerpéralité ou génitales; 3° les arthrites traumatiques et les décollements épiphysaires (Ollier); 4° l'ostéomyélite; 5° les cals vicieux consécutifs à des fractures du col fémoral; 6° les luxations non réduites (voy. tome III); 7° les rétractions musculaires consécutives à des atrophies; 8° l'arthrite sèche et le rhumatisme ankylosant; 9° les rétractions cicatricielles cutanées. Enfin, l'ankylose osseuse des deux hanches et du rachis s'observe au cours de la spondylose rhizomélique (1).

dans le sens vertical; elle s'étend depuis le bord antérieur de l'os innominé jusqu'au voisinage du petit trochanter; dans le sens transversal, elle occupe toute la partie du bord antérieur de l'os coxal intermédiaire à l'éminence ilio-pectinée et à l'épine iliaque antéro-inférieure. Sa communication avec la synoviale articulaire de la hanche est assez fréquente chez l'adulte.

Dans cette bourse séreuse peuvent se produire des épanchements séreux, purulents, caséux, à grains riziformes ou des corps étrangers osseux (DUPRAZ, *Sem. méd.*, 16 mai 1900).

Ces épanchements donnent lieu à une tumeur oblongue, déterminent une légère contracture du muscle psoas, d'où une flexion avec rotation externe. Parfois l'épanchement est réductible; sans bruit ou avec crépitation, la communication avec l'articulation est dès lors évidente.

En général, c'est une tumeur ovoïde à grand axe parallèle au tendon du psoas, située à son début dans la partie supérieure de la région ilio-inguinale en arrière de l'arcade de Fallope, d'où elle s'étend vers deux directions: tantôt en haut vers la fosse iliaque, tantôt en bas vers la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette tumeur, si elle est petite, est contre la paroi externe de l'artère fémorale. Elle soulève le psoas. Dans l'extension de la cuisse, elle est rénitente, dure; dans la flexion, elle est molle et fluctuante.

L'évolution est celle de tous les hygromas; la communication avec l'articulation peut donner lieu à de graves complications.

Le diagnostic est parfois difficile avec un psoritis; celui-ci est plus superficiel; il ne change pas de volume ni de consistance pendant la flexion ou l'extension de la cuisse. L'abcès par congestion est réductible dans la fosse iliaque. Un abcès ossifluent du pubis, de l'ilion, vient rarement se placer à ce niveau.

La coxo-tuberculose, les kystes sacculaires herniaires, etc., seront facilement éliminés.

Le pronostic est sérieux parce que la communication avec l'articulation de la hanche est fréquente, soit primitivement, soit secondairement. Le seul traitement, c'est l'incision et l'extirpation de la poche si elle est nécessaire (Voy. DUPLAY, Des tumeurs kystiques de l'aîne, thèse d'agrégation, 1866; DOUZANS, thèse Lyon, 1894; DURVILLE, thèse de Paris, 1895; ZULZER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band L).

(1) Anatomie et physiologie pathologiques des ankyloses. — Les lésions anatomiques sont des plus variables.

a. Dans l'ankylose fibreuse, périphérique ou centrale, on trouve des travées fibreuses allant d'un os à l'autre; elles sont plus ou moins serrées. Les travées centrales sont moins importantes que les travées périphériques. Celles-ci sont très épaisses; elles peuvent atteindre 2 centimètres d'épaisseur et englober toute la capsule. Ce manchon fibreux se forme aussi aux dépens de tout le tissu cellulaire périarticulaire. Dans la coxo-tuberculose, ce manchon fibreux empiète largement sur l'os iliaque. Dans certaines formes d'arthrite rhumatismale chronique, on peut trouver à la face interne de ce manchon des plaques de cartilage, d'os ou de sels calcaires.

La tête fémorale dans cette forme anatomique d'ankylose est peu défigurée. Cependant les cartilages articulaires de la tête et du cotyle perdent leur poli et se ramollissent; par places, l'os sous-jacent peut être à nu et passer à l'état fibreux.

La synoviale est dépolie, et au niveau des culs-de-sac les deux feuillets se soudent. Cette ankylose fibreuse est fréquente après la tuberculose articulaire. On sait, en effet, que l'ostéo-tuberculose détruit le tissu osseux, mais ne produit

Symptômes. — Les attitudes d'ankylose sont des plus variables. Tantôt l'attitude est normale, le fémur est en bonne place, sa direction est normale; tantôt l'attitude est vicieuse, et depuis une légère flexion jusqu'aux différentes variétés d'attitude en ciseaux, toutes les difformités intermédiaires ont pu être observées.

A la suite de tuberculose prolongée, l'attitude vicieuse est la suivante, en général: le fémur est fléchi sur le bassin dans une étendue variable pouvant dépasser l'angle droit, c'est-à-dire que, le tronc étant maintenu vertical, l'axe du fémur ferait avec lui un angle aigu.

guère d'ostéophytes réparateurs; l'ostéogenèse réparatrice est presque nulle.

b. L'ankylose osseuse est, contrairement à l'ankylose fibreuse, plus souvent centrale que périphérique. La tête fémorale est complètement dépourvue de cartilage d'encroûtement; elle a perdu sa forme sphérique. Elle est épaissie, élargie, irrégulière, boursoufflée d'ostéophytes et de travées osseuses unissant la tête fémorale et l'os iliaque.

Le col fémoral est souvent déformé du fait de la lésion initiale; le grand trochanter également. L'extrémité supérieure du fémur se trouve parfois ainsi complètement méconnaissable, surtout dans les ankyloses post-tuberculeuses. Le tissu osseux est évidemment très altéré comme structure; tantôt il est dur, compact, éburné; le tissu spongieux de la tête et du col a disparu; c'est de l'ostéite condensante, envahissante.

Parfois, au contraire, il y a de l'ostéite raréfiante, une sorte d'ostéoporose, sans que nous puissions expliquer cette anomalie qui s'observe plutôt dans les ankyloses de l'arthrite sèche.

Du côté de l'os iliaque, on trouve les mêmes lésions: ostéite condensante du sourcil cotyloïdien, ostéophytes, jetées osseuses.

Signalons enfin l'ankylose cerclée, caractérisée par une ceinture d'ostéophytes périarticulaires naissant soit de l'os, soit de la capsule; elle est fréquente chez les animaux, d'où le nom d'ankylose cerclée des vétérinaires; mais elle n'est pas rare chez l'homme (P. MAUCLAIRE, Ankylose cerclée de la hanche, *Soc. anat.*, 8 avril 1898).

Un point très important, ce sont les rapports anatomiques entre les anciennes surfaces articulaires. Tantôt la tête reste bien en contact avec le centre de la cotyloïde. Tantôt, au contraire, dans les ankyloses post-tuberculeuses, la tête, par ulcération progressive, a érodé le sourcil cotyloïdien et empiète un peu en haut et en arrière sur la fosse iliaque. La cavité cotyloïde, en grande partie abandonnée, est tantôt comblée par du tissu ostéo-fibreux; elle est déformée, irrégulière; elle contient souvent un reliquat d'infection tuberculeuse.

Non seulement les os sont déformés et parfois subluxés, non seulement un manchon fibreux, épais, entoure la région articulaire, mais tous les muscles périarticulaires contribuent eux-mêmes à l'immobilisation articulaire par leur raccourcissement et leur dégénérescence fibreuse. Ce sont d'abord les muscles courts, tels que le psoas, le pectiné, le petit et le moyen adducteurs, puis tous les muscles longs, pelvi-trochantériens et pelvi-fémoraux, ne fonctionnent plus régulièrement, ils dégèrent, les tendons se rétractent, ils peuvent même adhérer à la gaine fibreuse périarticulaire. Ils forment alors un obstacle au redressement, au moins aussi important que les adhérences osseuses.

Enfin, dans les ankyloses très anciennes, tous les autres tissus et organes périarticulaires se rétractent; ce sont le tissu cellulaire, les vaisseaux, les nerfs, etc.

L'attitude vicieuse de la hanche entraîne des courbures de compensation du côté du rachis; c'est une scoliose lombaire plus ou moins accusée avec ou sans cyphose. Dans les jambes en ciseaux, cette scoliose est très marquée.

Le thorax et l'abdomen se déforment, comme dans toutes les scolioses. Au point de vue obstétrical, les déformations du bassin ont une grande importance.

Comme le membre est raccourci, le pied se met en équinisme, malgré l'abaissement du bassin pour corriger le raccourcissement. D'ailleurs, la longueur du fémur, de la jambe et du pied est diminuée du fait même du trouble apporté dans la croissance du membre.

L'adduction est plus ou moins accusée et compliquée de rotation en dedans; la rotule du côté malade regarde plus ou moins en dedans. La longueur du fémur et par suite celle de la cuisse sont diminuées, puisque la tête empiète un peu sous la fosse iliaque externe; aussi le sommet du grand trochanter est-il au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton.

L'ankylose en abduction et en rotation externe est rare après la coxo-tuberculose. Cependant Goldie et Schwartz (1) en ont publié des observations. Signalons encore comme attitude anormale l'adduction des deux membres après la coxo-tuberculose double (Ollier-Page).

Dans le cas d'ankylose vicieuse, les attitudes de correction modifient un peu la déviation. La rotation interne et l'adduction ne sont guère modifiables. Mais la flexion est corrigée par l'abaissement et la projection en avant du bassin; le mouvement compensateur se passe au niveau de l'articulation lombo-sacrée. Il en résulte une ensellure plus ou moins marquée, quand le sujet est couché. Cette ensellure augmente au fur et à mesure que l'on corrige la flexion, et elle est plus intense du côté malade que du côté sain.

Signalons encore le genu valgum qui compense l'adduction et l'atrophie plus ou moins marquée de tout le membre.

Pour mesurer le degré de raccourcissement du membre, il faut mettre le malade debout, placer un support sous le pied tenu à plat et assez haut pour que les deux épines iliaques antérieures et supérieures soient sur le même niveau horizontal. La hauteur de ce support représente le raccourcissement à corriger. Celui-ci est dû à la flexion du fémur sur le bassin, à la subluxation en arrière et en haut de la tête femorale, au défaut d'accroissement en hauteur et du fémur, et des os de la jambe et du pied.

Dans la station verticale, le malade se présente avec le tronc légèrement rejeté en arrière, la tête un peu portée en avant pour corriger l'équilibre; les fesses font une très forte saillie; l'ensellure est très marquée du côté malade; celui-ci, plus grêle, repose le plus souvent sur l'avant-pied, le genou est fléchi et en légère rotation interne avec un léger degré de genu valgum. L'abdomen est un peu saillant en avant.

Vu de dos, le sujet présente une incurvation rachidienne le plus souvent double, à concavité dorso-lombaire dirigée du côté malade; le pli fessier est un peu effacé et abaissé. Le diamètre antéro-postérieur de la fesse paraît un peu augmenté.

La marche est pénible, disgracieuse. Dans les déviations assez marquées, le sujet est obligé de marcher avec une canne ou des béquilles. Le tronc s'incline du côté malade et le temps d'arrêt dans la

(1) Ed. SCHWARTZ, *Revue d'orthopédie*, 1892.

marche est moins long pour le membre malade que pour le membre sain. Dans la course il y a des oscillations latérales exagérées. Quand les jambes sont croisées en X, en ciseaux, la marche et la station debout sont impossibles, la station assise est même très gênée, surtout dans les cas d'ankylose double.

D'autres fonctions sont très entravées. Ce sont les fonctions génito-urinaires; les troubles urinaires, les irritations vulvaires sont la règle et l'infection des voies génito-urinaires est facile. Quant au coït et à l'accouchement, ils sont évidemment très gênés, et pourraient même être impossibles dans les ankyloses doubles.

Diagnostic. — Il est facile. On reconnaîtra très aisément les contractures, hystériques ou autres. La rotation du membre, si légère qu'elle soit, est toujours possible dans le cas d'hystérie.

La radiographie ne pourra pas toujours dire si l'ankylose est fibreuse ou osseuse. Par l'examen sous chloroforme, on pourra savoir si quelque mobilité persiste.

On cherchera à faire le diagnostic de la cause de l'ankylose, car dans le cas de tuberculose l'intervention en plein foyer de tuberculose fermée non éteinte peut être dangereuse, car si la désinfection complète est impossible, la suppuration sera longue.

Le pronostic varie suivant les cas. L'ankylose unilatérale en bonne position est une infirmité, gênante il est vrai, mais relative. L'ankylose double et rectiligne est une infirmité très grande. Le pronostic de l'ankylose unilatérale et en attitude vicieuse varie suivant le degré d'adduction, de flexion et de rotation. Au point de vue fonctionnel, une ankylose complète en bonne position vaut mieux qu'une ankylose incomplète en position vicieuse (Ollier).

Traitement. — **Traitement préventif.** — C'est celui de toutes les ankyloses. Il faut surtout éviter l'ankylose en attitude vicieuse.

A la suite d'arthrite, l'ankylose est parfois difficile à éviter malgré toutes les précautions. Dans un cas, nous avons récemment extrait une balle logée dans la tête femorale; des fragments de vêtement entraînés jusque dans l'articulation avaient provoqué une arthrite suppurée. Malgré des essais de mobilisation articulaire précoce, qui étaient, il est vrai, très douloureux, et partant très limités, l'ankylose survint.

Dans les cas de fracture du col fémoral, le massage précoce, la mobilisation permettent de limiter le degré de l'ankylose.

Traitement curatif. — L'ankylose unilatérale solide et rectiligne ne nécessite pas de traitement. Au membre inférieur, l'immobilisation en bonne position est une infirmité relative (Ollier). Cependant, avec les progrès de la chirurgie moderne, il se pourrait que plus tard on cherchât à rendre la mobilité même dans ces cas.

Les ankyloses qui nécessitent une intervention sont les ankyloses bilatérales et symétriques, et les ankyloses unilatérales avec déviation

du membre et raccourcissement tels, que la station debout et la marche sont très gênées. Mais actuellement encore, pour intervenir dans les cas d'ankyloses consécutives à une infection articulaire, il faut attendre en général que l'infection articulaire ait cessé. Cependant, Ollier et Bœckel pensent que si les fistules sont anciennes, une résection orthopédique peut être tentée. En effet elle désinfecte l'articulation.

MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES. — 1° *Extension continue*. — Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'extension continue à grande traction peut rendre des services au cours de la formation d'une ankylose, en atténuant la tendance à l'attitude vicieuse, en évitant la compression ulcéralive qui favorise le contact osseux, d'où l'ankylose; en allongeant les muscles, ce qui lutte contre la tendance à la rétraction de ceux-ci.

Mais quand l'ankylose est faite, qu'elle soit fibreuse ou osseuse, l'extension continue est impuissante comme méthode curatrice.

2° *Sections tendineuses et musculaires*. — Préconisées par Dieffenbach, elles furent tout d'abord sous-cutanées (A. Bonnet, de Lyon).

Elles ont été employées comme une manœuvre précédant le redressement forcé. Faites à ciel ouvert, elles évitent parfois l'ostéotomie (Lorenz)(1).

Elles devraient être très étendues pour pouvoir être utiles. On sectionnera le couturier, le droit antérieur, les adducteurs; puis, si on sent d'autres résistances musculaires profondes, ce sont le psoas, le pectiné, les pelvi-trochantériens contracturés, rétractés; leur section est assez délicate et diminue beaucoup pour la suite la fonction de ces muscles.

3° *Redressement lent et redressement forcé (méthode d'A. Bonnet)*. — Le redressement lent était très employé avant l'anesthésie par Fabrice de Hilden. Bonnet redressait le membre dans la mesure du possible et il faisait marcher les malades. Ollier, en 1861, montra qu'il fallait surtout, après le redressement, chercher l'immobilisation en bonne position dans les appareils plâtrés.

Le redressement brusque ou redressement forcé, pratiqué en une séance par Louvrier, en plusieurs séances par Verduc, fut employé surtout depuis l'anesthésie par Bonnet (1850) qui y adjoignit l'assouplissement préalable de la jointure, les ténotomies sous-cutanées préconisées par Dieffenbach et Palasciano. En lisant son livre, si remarquable pour l'époque (2), on voit que Bonnet ne s'attaquait qu'aux ankyloses incomplètes, aux raideurs articulaires déterminées par la coxo-tuberculose. Il ne touchait ni aux ankyloses osseuses, ni aux ankyloses fibreuses excessivement serrées.

Quand l'ankylose est fibreuse et récente, le redressement forcé sous chloroforme et pratiqué en plusieurs séances successives peut corriger

(1) LORENZ, *Soc. méd. de Vienne*, 18 janvier 1889.

(2) A. BONNET, *Traité des mal. des articulations*, 1850, 2 vol. et atlas.

une attitude légèrement vicieuse. S'il ne s'agit pas d'une ankylose post-tuberculeuse, il peut même rendre quelques mouvements articulaires. Depuis Bonnet, cette méthode synthétique est souvent employée et a donné de bons résultats à tous les chirurgiens. Cette méthode des séances successives a l'avantage de diminuer les chances de fracture du col du fémur, fracture que l'on produit assez souvent, chez les enfants tout au moins, malgré toutes les précautions prises, quand on veut redresser le membre en une seule séance. Quelques chirurgiens, cependant, n'ont pas hésité à recommander ce redressement en une seule séance, suivie de tractions vigoureuses pour ramener dans la cotyloïde la tête fémorale subluxée. Des radiographies sérieuses, faites avant et après le redressement, seraient nécessaires pour pouvoir juger exactement des résultats, et depuis longtemps il est prouvé que la mobilisation violente d'un foyer de tuberculose est toujours dangereuse, car on ne sait pas facilement si l'infection tuberculeuse est éteinte (Verneuil, Lannelongue, Kirmisson). Enfin, Duplay a signalé la rupture de la veine fémorale et Mac Ewen des cas de fracture du bassin.

Si l'ankylose est osseuse, le redressement forcé ne peut provoquer la disparition de l'ankylose, car la soudure osseuse est très résistante; le plus souvent, pour ne pas dire toujours, c'est une fracture du col fémoral que l'on a obtenue, ou bien une fracture sous-trochantérienne. On a fait une ostéoclasie involontaire.

4° *Ostéoclasie (manuelle ou instrumentale)*. — L'ostéoclasie manuelle a été employée surtout chez l'enfant. Elle est parfois involontaire. On produit tantôt la fracture du col, tantôt la disjonction épiphysaire. A. Nélaton paraît être le premier qui ait pratiqué délibérément la fracture du col. Il fut imité, avec des résultats divers, par Maisonneuve, Desprès, Nussbaum, etc.

L'ostéoclasie instrumentale est faite surtout avec les appareils de V. Robin et de Collin.

L'ostéoclasie corrige l'attitude vicieuse; la fracture est faite rarement au niveau du col; le plus souvent, elle est au-dessous du grand trochanter.

On lui reproche de déterminer une fracture irrégulière, esquilleuse; elle peut être suivie de pseudarthrose (Bœckel), de phlegmon si l'infection n'est pas éteinte (Ollier), d'hémorragie interne (Mac Ewen). Elle peut réveiller le foyer de tuberculose s'il n'est pas éteint; de plus, comme la puissance doit être parfois très grande, on produit facilement des escarres. En somme, elle doit céder le pas à l'ostéotomie qui est plus précise et moins dangereuse.

Pousson (1), en 1886, a réuni dans sa thèse 18 observations d'ostéoclasie méthodique du col fémoral. Les résultats ont été bons 14 fois,

(1) POUSSON, *Ostéoclasie*, thèse d'agrégation, 1886, p. 224. — Voy. aussi le travail critique de Blenke in *Archiv für Orthopædie* de Hoffa, 1899.