

1° ANKYLOSES EN BONNE POSITION. — A. *Incomplètes non serrées.* — Lorsque l'ankylose est lâche, qu'on a affaire à une simple raideur articulaire, on doit chercher à rétablir les mouvements et à donner au membre l'intégrité de ses fonctions. Les douches, le massage, l'électricité, les exercices d'assouplissement joueront le principal rôle. Nous ne pouvons nous arrêter longtemps sur le mode d'action de ces divers moyens, mais le massage et les exercices d'assouplissement nous paraissent cependant mériter une mention spéciale.

Le massage agit sur les parties molles périarticulaires, les assouplit, active leur nutrition, mais son action ne se limite pas aux tissus qui subissent l'influence directe des manœuvres; elle s'étend plus profondément et la cavité articulaire n'échappe pas à son influence. On comprend que les adhérences lâches et molles intra-articulaires puissent être ainsi détruites et finalement résorbées (1). Si l'on ajoute à ces manipulations l'action des douches, de l'électricité, de tout ce qui peut faciliter la nutrition des tissus, le massage deviendra très efficace et ses bons effets rapidement sensibles. Il est rare cependant qu'on puisse obtenir une guérison complète sans se servir des exercices d'assouplissement, et c'est surtout grâce aux mouvements passifs ou provoqués qu'on redonnera progressivement au membre son jeu normal.

La grande utilité, nous allions dire la nécessité de ces mouvements, s'impose et doublement; d'abord, parce qu'ils permettent de guérir définitivement une ankylose incomplète et lâche, et, en second lieu, parce qu'ils préviennent la formation d'une ankylose plus complète, plus serrée.

Ici cependant les meilleurs chirurgiens diffèrent et nous devons discuter leurs diverses manières de voir. Le point en litige est celui-ci : Quand et dans quelle mesure faut-il s'efforcer de vaincre les adhérences lâches des ankyloses incomplètes? On comprendra que la question du moment ait son importance, en songeant que ces raideurs sont la plupart du temps consécutives à des affections articulaires ou périarticulaires. Dans son intervention, le chirurgien devra tenir grand compte de la maladie causale, originelle. C'est ce qu'a bien vu Boyer, qui, reprenant les idées de J.-L. Petit, a donné un précepte fort juste en disant que, dans toutes les maladies articulaires susceptibles de se terminer par ankylose, il faut faire tous les jours des mouvements gradués et ménagés, aussitôt que la maladie le permet.

Ce sage conseil résume aujourd'hui la pratique des chirurgiens les plus autorisés, malheureusement il est un peu vague. L'appréciation du moment où il est permis de mobiliser a beaucoup varié, les uns mobilisant trop tôt, les autres trop tard, et souvent il arrive que la mobilisation forcée, cet excellent moyen à la fois curatif et préventif, produit des résultats précisément contraires à ceux que l'on recherchait.

Bonnet est un de ceux qui s'en sont le plus et le mieux servis. Il croyait, comme Teissier (2), que l'immobilisation trop prolongée détermine, dans une articulation saine, des lésions suffisantes pour en abolir les mouvements; aussi s'efforçait-il de combattre le plus tôt possible les effets de l'immobilisation nécessaire dans les maladies du genou. « Dès qu'un malade, dont le genou est altéré, se lève et essaye de marcher, ses douleurs augmentent. Cependant si, au lieu de débiter par la marche, exercice complexe dans lequel la station verticale est

(1) MOSSENGEILT, *Arch. für klin. Chir.*, t. XIX, 1876.

(2) TEISSIER, *Gaz. méd. de Paris*, 1841.

associée aux contractions musculaires, on fait exécuter des mouvements artificiels dans la position horizontale, ceux-ci ne produisent qu'une douleur passagère, chaque jour décroissante, et, après leur emploi plus ou moins prolongé, la marche devient moins pénible. » C'est pour faire exécuter ces mouvements que Bonnet a construit plusieurs machines dont il confiait la manœuvre aux malades eux-mêmes.

La crainte exagérée de l'ankylose a conduit quelques chirurgiens à imprimer des mouvements avant que l'inflammation locale fût éteinte. Il en est résulté le plus souvent une recrudescence de la maladie, parfois assez grave pour compromettre le membre ou la vie du malade. Verneuil s'est vivement élevé contre cette pratique mauvaise. Il a montré que l'immobilisation rigoureuse est le meilleur antiphlogistique, au lieu que des mouvements intempestifs ne servent qu'à entretenir l'inflammation, laquelle, par ses exsudats plastiques, produit directement l'ankylose.

Jusqu'ici tous les chirurgiens sont d'accord, mais Verneuil va plus loin. Il croit que l'immobilisation, même très prolongée, n'a pas d'inconvénients pour la restauration fonctionnelle ultérieure, et, quand il s'est décidé à supprimer les appareils inamovibles, pourvu que le membre soit dans une bonne position, il ne s'en occupe plus, laissant au malade, à la nature et au temps le soin de rétablir les mouvements. D'ailleurs, le libre jeu des muscles, ce que Verneuil appelle la *mobilisation naturelle*, doit suffire à ce soin. Cette doctrine du laisser-faire a été vivement combattue.

Duplay, Trélat, Tillaux, Lucas-Championnière, Desprès, Le Fort, que nous citons dans l'ordre de leurs communications à la Société de chirurgie (1879 à 1880), reconnaissent tous, comme Boyer, l'utilité ou même la nécessité « d'imprimer aux articulations des mouvements gradués et ménagés aussitôt que la maladie le permet ».

Pour Duplay, lorsque les lésions qui déterminent la raideur siègent en dehors du genou, la gymnastique de la jointure est capable de guérir les raideurs consécutives. Tillaux veut que, dans la période de réparation des arthropathies aiguës, l'inflammation étant éteinte, on mobilise artificiellement l'articulation, mais en procédant avec beaucoup de précaution et de lenteur.

Pour Lucas-Championnière, lorsque l'articulation a été ouverte, il y a grand avantage à la mobiliser rapidement (au moins lorsqu'on se sert de la méthode antiseptique). Il cite, à l'appui de son opinion, 5 cas d'arthrite suppurée du genou très grave. Dans 2 cas, une immobilisation rigoureuse a été maintenue : la maladie a guéri, mais le genou est resté raide. Dans un 3^e cas, où la mobilisation, essayée timidement, a été faite d'une façon très insuffisante, la raideur consécutive a été cependant bien moins considérable. Enfin, dans un 4^e cas de mobilisation très précoce et, dans un 5^e, où le membre n'a jamais été immobilisé, la guérison a eu lieu et les malades, au sortir de l'hôpital, marchaient sans aucune gêne.

Le Fort estime que l'ankylophobie, condamnée par Verneuil, conduit à une thérapeutique très utile, quand on la dégage de ses imprudences et de ses exagérations. Dans les cas de fracture de cuisse, ce premier chirurgien, après avoir immobilisé pendant quarante-cinq à cinquante jours, imprime au genou de très légers mouvements de flexion qu'il accentue bientôt, et il renvoie ses malades avec une légère claudication qui disparaît vite, tandis que d'autres blessés, pour lesquels on n'a pas eu les mêmes soins, sont des mois, des

années même, sans recouvrer l'intégrité de leurs mouvements articulaires.

En général, la mobilisation naturelle faite par le malade reste insuffisante, le malade manquant de courage ou de persévérance. Faite par les mains du chirurgien, elle rend d'excellents services, elle en rend de meilleurs encore lorsqu'on se sert des appareils qui permettent d'exercer une action parfaitement régulière et graduée.

La conclusion de ce débat est tout entière dans ces paroles de Le Fort (1) :

« La mobilisation est la règle, lorsqu'elle peut s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées; l'immobilisation est la règle, lorsque la continuité de la douleur, son réveil à la pression fait croire à une permanence de l'inflammation. »

Le conseil donné par Boyer se trouve ainsi précisé et acquiert une véritable valeur pratique, car maintenant nous savons non seulement qu'il faut mobiliser dans les ankyloses incomplètes et lâches, mais encore le moment où il faut mobiliser.

B. *Ankylose incomplète serrée.* — Dans les ankyloses encore incomplètes, mais très serrées, constituées par de solides adhérences fibreuses intra-articulaires, faut-il mobiliser, ou bien faut-il se contenter de la bonne position du membre? En d'autres termes, faut-il considérer l'ankylose comme une affection curable ou comme une infirmité terminant heureusement l'affection articulaire antérieure?

Ici encore s'ouvre une intéressante discussion. Il ne s'agit pas de choisir le moment où l'on doit intervenir; nous supposons l'ankylose pleinement constituée, arrivée à sa période d'état; la question à résoudre est la question même de l'intervention ou de l'abstention.

D'une façon générale il vaut mieux s'abstenir. Sans doute on a pu, dans certains cas d'ankyloses très serrées, obtenir le retour à peu près complet des mouvements; mais ces cas-là sont vraiment rares et doivent prendre en clinique la place toujours effacée des exceptions. Pour être juste, il faut cependant les signaler plus explicitement.

Tout d'abord, nous pouvons ranger dans cette catégorie le fait célèbre de Verduc. Bien que l'articulation eût à peu près perdu tous ses mouvements, Verduc, à l'aide de son procédé spécial, obtint le redressement et le rétablissement des mouvements. « La malade est, dit-il, si complètement guérie qu'elle marche sans boiter et sans ressentir aucune incommodité. » Mayor (2) a rapporté deux cas très curieux d'ankylose rectiligne du genou, guérie avec retour complet des mouvements. Le premier cas concerne une femme atteinte d'une ankylose datant de trois mois. L'opérateur lui rompit brusquement et par surprise son articulation, après quoi la jambe reprit peu à peu toutes ses fonctions.

Le deuxième fait est rapporté par ce dernier auteur, en ces termes : « Je me souviens avoir vu, dans mon enfance, un grossier paysan, qui faisait pour ainsi dire instinctivement le métier de rebouteur, s'y prendre comme il suit chez un jeune homme pour ramener forcément les mouvements articulaires du genou dans une ankylose complète, avec extension parfaite de la jambe sur la cuisse et qui résultait d'une cause traumatique. Après avoir fait tenir vigoureu-

(1) LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 109 et suiv.

(2) MAYOR, *Excentricités chirurgicales*, p. 350.

sement la cuisse et le jarret en travers sur une pièce cylindrique de bois, le médocastre se mit lourdement et brusquement à cheval sur la partie inférieure et antérieure de la jambe et parvint ainsi à faire craquer et fléchir sur-le-champ l'articulation tibio-fémorale et à rétablir impunément le jeu de cette dernière. »

A côté de ces manœuvres de rebouteurs, il convient de placer certains accidents heureux. On a vu des ankyloses se rompre dans une chute et les mouvements articulaires se rétablir complètement. V. Duval cite le fait d'une dame de quarante-huit ans, qui guérit ainsi d'une ankylose très ancienne du genou avec adhérence de la rotule sur le condyle externe.

Dans le tome IV du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (mai 1827), Cazenave a rapporté un cas encore plus curieux. A la suite d'une arthrite traumatique, un malade fut atteint d'une ankylose vicieuse du genou. Cazenave ne put redresser cette ankylose. Il considérait que l'affection était incurable, lorsque son malade, tombant accidentellement, non seulement redressa son ankylose, mais encore obtint le retour complet des mouvements.

Niebs (de Mâcon) a publié un cas semblable; peut-être en existe-t-il d'autres, mais nous n'avons pas cherché à les rassembler, car nous goûtons médiocrement les invraisemblances de la pathologie. Les faits que nous venons de rapporter sont d'ailleurs tous passibles de deux objections capitales : c'est que, d'une part, le degré de l'ankylose y est mal précisé, et que d'autre part les malades ont été peu ou point suivis. Il n'est pas illogique d'admettre que la plupart de ces ankyloses étaient constituées non point par des adhérences intra-articulaires, mais par des brides périarticulaires, par la contracture des muscles, etc., etc.

Poncet (1), Billroth (2), Williams Adam, ont également rapporté des observations favorables à la mobilisation des ankyloses incomplètes serrées. Ils ont pu rétablir l'intégrité des mouvements; mais tous ces faits sont exceptionnels, et lorsque l'ankylose est en bonne position, si elle est serrée, la non-intervention doit rester la règle. Il est clair qu'à plus forte raison il ne faudra pas intervenir dans l'ankylose complète osseuse ou fibro-osseuse, survenue en bonne position.

2° ANKYLOSES EN POSITION VICIEUSE. — Nous retrouvons ici notre classification anatomique et nos trois groupes d'ankyloses.

Pour la première classe, la ligne de conduite à tenir est bien tracée; il faut non seulement redresser, mais obtenir la mobilité complète. Les douches, le massage, les exercices d'assouplissement (Malgaigne), rendront les plus grands services. L'appareil de mouvement de Bonnet pourra être utilisé, mais il sera rarement indispensable; les manœuvres des chirurgiens suffiront dans l'immense majorité des cas. Dans les cas d'ankylose angulaire incomplète, mais très serrée, la question est complexe, les procédés thérapeutiques nombreux, les indications et les contre-indications difficiles à définir. C'est à ce groupe d'ankyloses que sont applicables les appareils de redressement que nous avons décrits; quelques-unes aussi nécessitent l'intervention sanglante, car, à côté des adhérences intra-articulaires d'une grande importance, se trouvent parfois des lésions périarticulaires, des déformations dans les extrémités osseuses, des

(1) PONCET, Thèse d'agrég. de Lagrange, 1885, p. 98.

(2) BILLROTH, *Clinique chirurgicale*. Zurich, 1860-1867. Berlin, 1869.

changements de rapports auxquels on ne peut remédier que par une ostéotomie ou une résection.

D'autre part, bien que ce dernier mode d'intervention soit la règle dans les ankyloses complètes osseuses, il en est parmi ces dernières qui, dans des conditions spéciales, peuvent être redressées soit par les mains, soit par des machines.

Redressement graduel. — Le redressement graduel a diminué d'importance depuis la découverte de l'anesthésie chirurgicale, mais encore aujourd'hui il convient ou plutôt il suffit à bon nombre d'ankyloses. Sur 57 cas, Hofmolk⁽¹⁾ a fait 20 fois le redressement progressif avec des appareils. On peut reprocher à ce mode de redressement sa longue durée, la douleur continue, parfois insupportable, qu'il provoque, enfin et surtout son insuffisance, son impuissance dans bon nombre de cas. On peut lui venir en aide par la section sous-cutanée des tendons et des brides fibreuses. Cette opération adjuvante est parfois d'une grande utilité. Duval et Philipps l'ont particulièrement préconisée, mais ils l'ont associée plus souvent encore au redressement brusque, et nous nous réservons d'en apprécier la valeur plus loin. Le redressement graduel, combiné ou non avec la ténotomie, doit être réservé aux ankyloses incomplètes peu résistantes, constituées par des adhérences encore molles, résultant d'une arthrite simple non suppurée.

En un mot, le redressement graduel s'applique aux cas les moins graves et les moins compliqués. Ce redressement graduel pourra être exécuté à l'aide d'appareils très rudimentaires, de simples poids suspendus au membre. Lorsque, pour une raison quelconque, on redoutera la luxation du tibia, la disposition imaginée par Max Schede nous paraît capable de lutter heureusement contre cette complication.

Lorsqu'on peut obtenir le redressement lent, on a le grand avantage de réveiller dans l'articulation le moins d'inflammation possible; ce qui, dans les cas favorables, permet d'espérer une restitution quelquefois complète des mouvements. Cependant ce moyen est peu communément employé à cause de la lenteur extrême de son action; on lui préfère souvent, pour les cas où il serait applicable, la méthode mixte, le redressement immédiat progressif de Bonnet, successif de Verduc. Nous avons déjà donné le manuel opératoire de ces méthodes; il nous suffira de dire ici qu'elles sont applicables à un grand nombre d'ankyloses serrées, à toutes celles qui cèdent au redressement manuel.

Elles donnent souvent de très beaux et de très prompts résultats, mais elles ne sont pas sans inconvénients. La douleur devient un obstacle à cette pratique chez certains malades pusillanimes. Le retour de l'affection articulaire primitive peut venir entraver le traitement. La subluxation du tibia peut se former ou s'accroître. De véritables fractures complètes ou partielles peuvent se produire au niveau des extrémités articulaires. Tous ces accidents sont à un degré moindre, les mêmes que ceux du redressement brusque, ce qui s'explique bien par ce fait, que les méthodes mixtes de Delore, de Bonnet, sont constituées par un mélange diversement dosé de redressement brusque et de redressement lent.

Les contre-indications de ces méthodes mixtes sont donc celles du redressement brusque sur les avantages et les inconvénients duquel nous allons longuement nous arrêter.

(¹) HOFMOLK, *Wiener med. Jahrb.*, 1800, p. 485

Redressement brusque. — Les avantages du redressement brusque sont incontestables; la meilleure preuve en est dans le grand enthousiasme que souleva la méthode de Louvrier à ses débuts. Il n'est pas douteux, que pour un certain nombre de cas, Louvrier fut dans la vérité en disant: « L'opération demande moins d'une minute pour être achevée, et il ne faut que quelques jours pour faire disparaître toute trace d'inflammation consécutive. » Cette proposition est encore plus vraie aujourd'hui qu'on utilise des procédés plus perfectionnés que celui de Louvrier, et qu'on est arrivé à éviter des accidents inévitables avec les anciens appareils. La découverte de l'anesthésie chirurgicale a suffi pour faire disparaître tout ce que cette méthode avait de terrifiant et de barbare. La mise en scène a perdu cet aspect dramatique qu'elle avait en 1859 et qu'on trouve dépeint avec une émotion communicative dans la thèse de concours (1850) du professeur Richet.

Pousson (Thèse d'agrégation, 1886) a réuni 52 faits d'ostéoclasie dont 18 se rapportent à l'ankylose de la hanche et 14 à l'ankylose du genou. Il n'y a pas d'exemple d'ostéoclasie faite pour remédier aux ankyloses des autres articulations, à moins qu'on ne fasse rentrer dans cette catégorie 2 cas d'Ollier qui rompit avec succès des ankyloses du coude en fracturant l'olécrâne.

Sur 30 faits dont on connaît explicitement le résultat, le redressement fut parfait 24 fois, 3 fois satisfaisant, 1 fois assez satisfaisant et 2 fois mauvais. Ces deux derniers cas concernent l'articulation coxo-fémorale.

D'ailleurs il n'est pas de chirurgien qui n'ait aujourd'hui à se louer des bons résultats du redressement brusque auquel Nusbaum a consacré une statistique dont l'éloquence n'échappera à personne. Sur 150 cas d'ankylose du genou, ce chirurgien en a traité 119 par le brisement forcé; sur ces 119 cas, il a obtenu 5 fois la mobilité de l'articulation, 98 fois une amélioration de position et 18 fois un résultat nul. Il n'a pas eu d'accidents. La pratique de Nusbaum n'est ni exceptionnelle, ni particulièrement heureuse; un grand nombre d'auteurs ont obtenu des résultats semblables, les accidents deviennent tous les jours de plus en plus rares, à mesure que les cas sont mieux choisis et les indications mieux précisées. Tels qu'ils sont cependant, les procédés actuels de redressement forcé entraînent parfois de graves accidents.

Ces accidents ont presque tous trait à l'articulation du genou. Il doit suffire de signaler ici les lésions de la peau, la déchirure des muscles, surtout la rupture du paquet vasculo-nerveux et enfin les lésions des extrémités osseuses (fractures par infraction) et les luxations. Tous ces accidents opératoires sont imputables à trois causes: 1° la dégénérescence des vaisseaux; 2° la trop grande résistance des tractus fibreux ou tendineux; 3° la soudure de la rotule au fémur.

On ne peut rien contre les lésions des vaisseaux que les prévoir et changer de thérapeutique, mais on peut agir et souvent avec bonheur contre les deux autres causes en sectionnant les tractus fibreux et en dégageant la rotule de sa position vicieuse par une manœuvre préliminaire, par une opération à ciel ouvert (Ollier et Schuh) ou par la section sous-cutanée (Mauder).

Robin, à l'aide de son appareil, pousse le plateau tibial vers la rotule et opère le redressement en décollant cet os. Lorsque l'ankylose est en position vicieuse (rectiligne pour le coude, angulaire pour le genou) il sera donc possible d'obtenir très souvent le redressement par la méthode non sanglante⁽¹⁾. Les cas

(¹) OLLIER, *Revue de chir.*, mai 1885, p. 545.

dans lesquels on ne pourra pas recourir à cette méthode sont les suivants :

1° Luxation complète des deux extrémités osseuses, luxation du tibia en arrière par exemple, lorsqu'il y a cette hypertrophie des condyles sur laquelle nous avons insisté plus haut;

2° Ankylose complète consécutive à une inflammation chronique des extrémités osseuses elles-mêmes qui sont cariées, érodées et parfois suppurent longtemps après la formation de l'ankylose;

3° Transformation fibreuse de tous les tissus périarticulaires, dégénérescence du paquet vasculo-nerveux.

Méthode sanglante. — Sa valeur clinique. — C'est surtout à l'ankylose angulaire du genou et à l'ankylose rectiligne du coude que la méthode sanglante a été appliquée. Penières, Morton, Picard, Poinot ont consacré à ce sujet d'intéressants travaux.

La statistique de ce dernier auteur résume celle de ses prédécesseurs et comprend 77 faits dont 9 morts. Il convient d'ajouter à ces 9 morts 2 cas malheureux signalés par Bide (thèse de doctorat, 1879, p. 25), soit 79 faits avec 11 morts. Si nous ajoutons les 59 cas d'ostéotomie cunéiforme ou de résection que nous avons réunis dans notre thèse d'agrégation et qui ne sont pas compris dans les statistiques précédentes, nous arrivons au chiffre de 15 morts sur 118 cas. Avec cette statistique, il serait bien facile de démontrer que, de toutes les opérations de la chirurgie, il n'en est guère de plus heureuse que la résection ou l'ostéotomie cunéiforme du genou. Nous nous garderons bien de tirer une pareille conclusion, par cette raison majeure que nous ne croyons pas aux statistiques faites comme la nôtre et comme celle des auteurs qui ont étudié cette question.

En somme, de quoi se compose cette série de 118 faits? Il y a surtout des observations éparses, les unes publiées trop vite, les autres à peine mentionnées, sans commentaires sérieux; pour quelques-unes, le résultat final est inconnu, et lorsque ce résultat est favorable, on l'estime bon pour toujours, alors que chacun sait combien les récidives sont fréquentes.

Nous signalerons en outre un fait curieux; c'est que sur les 15 morts mentionnés dans notre statistique générale, presque tous appartiennent à des auteurs qui ont publié leurs observations en série dans le compte rendu de leur clinique ou de leur service hospitalier. Nous trouvons 5 faits à Nusbaum, 2 à Margary, 2 constatés par Bide et oubliés par les auteurs; les autres morts appartiennent à Smith, dont les faits sont publiés dans le traité de Swain, à Billroth, dont les succès et les insuccès sont impartialement rapportés dans ses nombreuses publications de chirurgie clinique.

La presque totalité des cas isolés, sans éléments de comparaison, sont heureux; sans doute ces cas sont incontestables, mais peut-être est-il sage de craindre qu'il ne manque à côté d'eux les cas malheureux, les insuccès sans lesquels il n'est pas permis de porter une appréciation scientifique.

Il n'y a de statistiques irréprochables que celles qui sont intégrales, celles qui résument la totalité des faits observés par un chirurgien pendant un temps donné. Cette statistique existe en ce qui concerne l'ankylose du genou; elle appartient à Nusbaum et date de 1869.

Nusbaum a redressé 11 ankyloses par la méthode sanglante, il a eu 6 morts, savoir :

Ostéotomie.	{	Guérison avec mobilité.	1
		Morts.	2

Résection cunéiforme. {	Guéri avec mobilité	1
	Guéri avec amélioration de la position.	1
	Mort	1
Résection totale . . . {	Guéri avec mobilité	1
	Guérison avec amélioration de la position.	1
	Morts.	5

De toutes les statistiques qui ont été faites avant la mise en œuvre de la méthode antiseptique, c'est celle qui nous paraît mériter la plus grande considération, parce qu'elle est complète et continue; on voit qu'il y a loin des 6 morts de Nusbaum, sur 11 cas, à la statistique de Penières : 4 morts sur 52 faits.

Mais depuis l'avènement de la méthode antiseptique, il est incontestable que les choses ont changé et que les sections osseuses ont une gravité incomparablement moindre. Il est très difficile de connaître le degré de la mortalité; vraisemblablement il est à peu près celui des amputations de jambe et de cuisse.

Ce qui vaut mieux d'ailleurs que les mauvaises statistiques, c'est l'opinion des maîtres actuels de la chirurgie, et il n'est pas douteux que, dans une large mesure, cette opinion ne soit favorable à l'intervention sanglante. Si, en 1865, R. Volkmann pensait qu'il fallait le plus possible éviter de faire la résection ou l'ostéotomie, en 1874 il s'en déclare partisan très résolu. « La justification de semblables opérations, écrit-il, est tout entière dans la garantie du succès; or, avec l'emploi de la méthode antiseptique, on peut en être assuré d'avance. »

La statistique publiée par cet auteur est des plus encourageantes. Dans le courant de l'année 1874, il a fait 15 ostéotomies, parmi lesquelles 10 ont guéri sans aucune suppuration et 5 avec une suppuration très faible; dans toutes ces opérations, la réaction locale fut à peu près nulle, jamais il n'y eut le plus faible gonflement ni la moindre rougeur des parties molles. Dans la plupart des cas il s'agissait d'ostéotomie simple, linéaire.

Ollier (de Lyon), Mac Ewen, les deux Bœckel, vingt autres pratiquent, comme Volkmann, l'ostéotomie ou la résection dans les ankyloses. On peut donc beaucoup attendre de la méthode sanglante, et l'on devra s'en servir dans tous les cas où les autres procédés de redressement sont inapplicables ou dangereux.

CHAPITRE III

HYDARTHROSE

L'hydarthrose est une affection articulaire chronique caractérisée par la présence d'un liquide séreux plus ou moins abondant dans la cavité synoviale.

Cet épanchement se produit dans un grand nombre d'affections dont il n'est qu'un symptôme; il existe une hydarthrose tuberculeuse, une hydarthrose syphilitique, une hydarthrose consécutive à des lésions osseuses voisines, c'est-à-dire que très souvent le liquide articulaire résulte d'une affection particulière dont il est un accident plus ou moins important.

En ne tenant compte que des réalités cliniques, il est permis de se demander s'il existe une hydarthrose idiopathique.

Ce transsudat séreux intra-synovial existe en effet, mais il est lui-même la