

guéries. Nous expliquons ce fait, à bon droit, sans doute, en admettant qu'à l'endroit lésé par les manœuvres de redressement, se trouvait un dépôt, un reste des microbes qui avaient déterminé, à l'origine, l'affection articulaire, et que, sous l'influence du traumatisme chirurgical, ces micro-organismes, jusque là enkystés, sont en quelque sorte mis en liberté, et peuvent ainsi déployer de nouveau leur action pathogène. La mort en est parfois la conséquence et, dans les cas favorables, la guérison ne s'opère qu'après une suppuration de longue durée. Aussi fera-t-on bien d'être réservé dans l'emploi de cette méthode de traitement.

Mais, même en l'absence des contre-indications que nous venons de mentionner, ou d'autres du même genre, le brisement forcé de l'ankylose de la hanche a des limites beaucoup plus restreintes que lorsqu'il s'agit, par exemple, du genou. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler combien différent les conditions mécaniques de ces deux articulations : au genou, nous avons deux longs bras de levier, que nous pouvons aisément fixer et saisir à pleines mains, tandis qu'à la hanche, l'un des bras de levier est formé par le bassin que nous ne parvenons à immobiliser qu'avec difficulté. En outre, il est impossible de concentrer ses efforts sur le point voulu, à cause de l'angle que forme le col du fémur avec la diaphyse. A toutes ces difficultés viennent s'ajouter les obstacles sérieux que peuvent constituer l'état de tension et de rétraction de certaines parties de la capsule (ligament iléo-fémoral), ainsi que la soudure des extrémités articulaires etc. On a cherché, il est vrai, à surmonter la difficulté que l'on éprouve à fixer le bassin, en se servant d'appareils particuliers (V. LANGENBECK etc), mais, mieux vaut, sans doute, confier la fixation du bassin aux mains d'aides exercés déployant une force modérée, que d'avoir recours à des moyens mécaniques dont on ne peut mesurer la puissance d'action. Toutefois, à notre avis, il n'y aurait aucun inconvénient à chercher à obtenir la correction désirée par le brisement de l'os en un point déterminé, c'est-à-dire au niveau du col ou au-dessous de la pointe du trochanter (VOLKMANN); mais nous ne pouvons, pour ainsi dire, jamais produire une fracture aussi bien localisée, et nous avons certainement encore moins le pouvoir d'exclure des lésions sous-cutanées étendues des parties molles, en déployant la force nécessaire pour déterminer une solution de continuité du fémur.

La méthode de brisement forcé par la seule force des mains, après anesthésiation préalable du malade, est surtout d'une application difficile lorsqu'il s'agit de faire disparaître une ankylose en flexion. En effet, en appliquant les deux mains sur les épines iliaques antéro-supérieures et sur les crêtes iliaques, on ne parvient que difficilement à fixer suffisamment le bassin pour ramener la cuisse fléchie dans l'extension. Souvent il est bon de commencer par augmenter le degré de flexion; en général, le redressement s'opère ensuite plus facilement. GERSUNY a fait remarquer que l'on peut utiliser la cuisse saine, pour la fixation du bassin, dans les cas de contracture en flexion. Le malade

étant couché horizontalement, on fléchit la cuisse saine, jusqu'à ce qu'elle arrive en contact avec la face antérieure du tronc. Pour des raisons faciles à comprendre, à supposer qu'auparavant le bassin fût fléchi en avant, autour de son axe transversal, la colonne vertébrale se met alors partout en contact avec le plan sous-jacent, tandis que le membre malade prend une attitude fléchie. Si l'on fait ensuite fixer par un aide la cuisse saine fléchie à angle aigu, le bassin se trouve, par le fait, immobilisé, et l'on peut alors imprimer à la cuisse, du côté malade, des mouvements étendus dans le sens de la flexion et de l'extension. Quant à l'abduction, à l'adduction et à la rotation, la correction en est aisée, vu qu'il est facile de fixer le bassin dans le sens de ces mouvements, et l'on court ici plutôt le risque de trop corriger que d'opérer une correction insuffisante.

Parfois on fera bien de pratiquer, en outre, la section sous-cutanée de certaines parties tendues des aponévroses et des masses musculaires. Assez souvent il convient d'opérer le redressement en deux temps, et de maintenir le premier résultat obtenu au moyen de l'extension par des poids; cette dernière peut même achever la correction lorsqu'on se sert de poids un peu considérables. Mais, le plus souvent, lorsque dans un cas de contracture grave en flexion, le brisement forcé a donné un bon résultat, on a à lutter pendant longtemps contre la tendance du membre à reprendre son attitude vicieuse; tantôt on exagère dans ce but la correction et l'on applique un appareil plâtré, tantôt on s'adresse à l'extension par des poids que l'on continue pendant longtemps, surtout la nuit.

Lorsqu'il s'agit d'une ankylose, il importe de savoir s'arrêter à temps dans les tentatives de redressement, et d'avoir recours à un **traitement opératoire** qui seul a encore quelques chances de succès. On peut obtenir, dans ces cas, l'un ou l'autre des deux résultats suivants : ou bien une articulation dans l'attitude d'extension, mais mobile dans de certaines limites, par conséquent une pseudarthrose, ou bien la fixation du membre dans l'extension, grâce à la soudure des extrémités osseuses par un cal osseux. D'après l'expérience acquise jusqu'ici, il semble souvent préférable de renoncer à rétablir les mouvements de l'articulation, vu l'incertitude du succès à la suite des opérations tentées dans ce but.

Nous devons à RHÉA-BARTON la première tentative opératoire qui ait été faite pour mettre fin à une ankylose osseuse, avec attitude du membre en adduction. Il pratiqua sur la partie la plus saillante du grand trochanter une incision cruciale (longue de 6 pouces et large de 4), détacha les insertions musculaires de cette apophyse, et opéra avec la scie une section de l'os partant du milieu du grand trochanter, pour se diriger transversalement vers le côté interne du col fémoral, un peu au-dessus de l'union de ce dernier avec la diaphyse. Le membre fut ensuite amené dans l'extension et parallèlement à l'extrémité saine.

Par conséquent, dans la méthode de RHÉA-BARTON, on n'enlève pas un coir de substance osseuse. RODGERS (1830) paraît être le premier chirurgien qui ait pratiqué la **résection cunéiforme**. Il trouva des imitateurs dans KEARNEY, MAISONNEUVE, etc. SAYRE fit d'emblée, au-dessous du grand trochanter,