

d'une violence accidentelle, quoiqu'il eût eu le coude atteint d'une plaie par armes à feu et ankylosé depuis plusieurs années.

M. Louvrier a tenté le traitement des ankyloses par rupture instantanée, et l'appareil qu'il a présenté à l'Académie des sciences, et que chacun a pu voir appliqué dans les hôpitaux de Paris, a vivement frappé l'attention des chirurgiens.

Cet appareil était construit de manière à opérer brusquement, dans les ankyloses angulaires du genou, le redressement de la jambe, au moyen d'un système de poulies et de forces exercées directement sur la cuisse pour la maintenir et la repousser en arrière pendant que la jambe était relevée et portée en avant.

M. Louvrier a traité vingt et un malades, sur lesquels cinq sont morts, et si l'on réfléchit que l'ankylose est un état qui ne compromet nullement la vie, on trouvera le nombre des terminaisons fatales excessif. L'observation des malades et l'examen cadavérique ont montré que la rupture de la peau, celle de l'artère poplitée et des ligaments articulaires, l'inflammation suppurative et la gangrène du membre, la luxation du genou en arrière, une ankylose secondaire à angle plus ou moins obtus et l'impossibilité de prendre un point d'appui solide sur la jointure peuvent être la suite de cette méthode. Cependant il a été également constaté qu'en général, et à moins de complications constitutionnelles graves, de nature à compromettre toute espèce d'opération, le redressement des ankyloses expose peu à l'inflammation des articles et amène moins d'accidents qu'on n'était disposé à le supposer. Les succès obtenus démontraient la possibilité, dans certaines conditions favorables, d'employer avec avantage des extensions forcées. Dans l'opinion de Velpeau, la méthode de M. Louvrier serait seulement applicable aux ankyloses vraies du genou, dont la réunion osseuse ne serait pas assez étendue pour amener la fracture d'un autre point du membre, et quand la soudure de la rotule aux condyles du fémur pourrait être rompue, parce qu'autrement le genou se luxerait en arrière. Il serait juste d'ajouter, à ces dispositions négatives, une altération des surfaces osseuses, telle qu'on ne pût les arc-bouter l'une contre l'autre, et rendre ainsi au malade un membre propre à supporter le poids du corps.

Le cas où il conviendrait d'opérer la rupture d'une ankylose d'une manière instantanée et violente sont donc fort restreints.

Excision cunéiforme de l'un des os ankylosés. Rhea Barton (de Philadelphie) a fait connaître un procédé très-ingénieux de redressement des membres ankylosés. Ce chirurgien mit à nu, par un lambeau triangulaire, la face antérieure de l'extrémité inférieure du fémur sur un jeune médecin dont le genou était anky-

losé presque à angle droit; tailla par deux traits de scie obliques, dans l'épaisseur de l'os, un fragment cunéiforme plus large en avant qu'en arrière, et, l'ayant enlevé, il fractura la lame osseuse postérieure qui était restée intacte, rapprocha les surfaces divisées du fémur, et en obtint la consolidation, en soumettant le malade au traitement des fractures compliquées. Après la guérison, le membre présentait la forme d'un Z, mais le pied posait sur le sol, et le malade boitait à peine. M. O. Heyfelder a signalé, dans son ouvrage, quatorze cas de ce genre, sur lesquels il a compté douze succès. L'opération est plus difficile que la résection du genou, et on n'a pas toujours pu opérer le redressement immédiat, mais on l'a obtenu graduellement, après avoir placé le membre sur un double plan incliné.

Meyer (de Würzburg) a rapporté quinze opérations du même genre, pratiquées pour des ankyloses ou des incurvations rachitiques des membres, et un seul de ses opérés succomba. M. Richet a publié quelques observations analogues. Malgré ces succès incontestables, nous croyons les résultats de ce genre de redressement extrêmement dangereux, et ce serait seulement dans le cas d'ankyloses vraies, annihilant tout usage des membres, que les sections cunéiformes seraient applicables.

Création d'une fausse articulation. C'est encore à Rhea Barton que l'on doit l'idée d'établir une fausse articulation au-dessous d'une ankylose incurable, pour rendre quelque mobilité au membre affecté. Ce chirurgien fit, pour la première fois, cette remarquable opération en 1826 sur un malade dont la cuisse était ankylosée dans la flexion à angle droit, et tournée dans la rotation en dedans. Une incision cruciale ayant été pratiquée sur le grand trochanter, on isola, en avant et en arrière, le col du fémur, et, ayant pu le contourner avec les doigts, on le scia en intéressant la partie supérieure du grand trochanter. L'opération ne dura que sept minutes et ne nécessita aucune ligature; la cuisse fut ramenée dans l'extension et tournée en dehors, et on la maintint dans cette position, après avoir réuni la plaie. On commença le vingtième jour à faire mouvoir le membre; le soixantième la plaie était fermée, et les mouvements et la force se rétablirent en presque totalité, pendant cinq ou six ans, au bout desquels la nouvelle articulation s'ankylosa.

Rodgers (de New-York) répéta heureusement cette opération en 1830, et la fausse articulation paraît s'être conservée.

Le docteur américain Kearny aurait aussi réussi, au rapport de Meyer.

Textor père, Maisonneuve, Ross ont répété la même opération (voy. trad. Heyfelder, p. 78-79) avec succès. Malgaigne pensait

que la pseudarthrose ne persiste pas habituellement et qu'à la cuisse les mouvements se passent dans la région lombaire. C'est une étude à poursuivre.

La section du fémur s'exécute plus facilement au-dessous du grand trochanter, mais la fausse articulation est moins solide et doit être soutenue par un bandage approprié. En opérant comme Barton, on peut obtenir une nouvelle articulation sur le bassin et rétablir les fonctions du membre, qui reste seulement un peu raccourci.

Malgré ces résultats, si dignes d'attention, la fracture du col du fémur, produite directement par un moyen mécanique, serait peut-être moins dangereuse. C'est dans ces cas que le diacoste de Maisonneuve, instrument barbare si on veut l'employer aux amputations, pourrait être de quelque avantage. Son auteur s'en est servi pour briser un cal fémoral et établir une fausse articulation. Dans le cas, toutefois, où un membre ankylosé dans une position vicieuse ne pourrait être fracturé artificiellement sans les plus graves désordres, il n'y aurait pas de témérité à imiter la conduite de Rhea Barton.

M. Esmarch proposa en 1854 d'enlever une portion cunéiforme, à base inférieure, du corps de la mâchoire inférieure, au devant des adhérences qui font obstacle aux mouvements, et de remédier par une fausse articulation à l'ankylose, en rendant libre la portion saine ou antérieure de l'os qui obéit à l'action des muscles du côté opposé, et recouvre ainsi une mobilité suffisante. M. Rizzoli obtint le même résultat par la simple section de l'os. La difficulté du maintien de la guérison dépend de la consolidation des deux fragments, qui s'opère assez fréquemment, malgré l'intervention de l'art. M. le docteur Mathé a discuté avec talent la valeur de ces procédés, dont il a réuni vingt-cinq exemples (thèses de Paris, 1864). M. le professeur Herrgott a présenté à Société de médecine de Strasbourg une jeune fille qu'il avait opérée avec succès, et dont les mouvements de mastication étaient rétablis. C'est une heureuse application du procédé de Rhea Barton, à laquelle nous avons eu aussi recours et dont nous nous occuperons (voy. ANKYLOSE DE LA MACHOIRE).

Opérations applicables à la consolidation vicieuse des fractures. Le cal peut être irrégulier, difforme, angulaire, et gêner et abolir les usages des membres. On a conseillé de le redresser, de le rompre, de le diviser, de le réséquer, et ces diverses opérations ont trouvé d'heureuses applications.

Redressement. Si la fracture n'est pas très-ancienne et que le

cal soit peu résistant, on le redresse par des efforts immédiats ou par des appareils de compression. Ces moyens, applicables pendant les deux ou trois premiers mois, restent sans efficacité à une date plus éloignée de la fracture.

Séton. Weinhold passa un séton dans un cal fémoral de trois mois, avec une aiguille à trépan, montée sur un vilebrequin. Le cal se ramollit vers la septième semaine, et le redressement et la consolidation régulière du membre furent obtenus.

Rupture. Cette méthode très-ancienne comprend : la *percussion* ; des *pressions brusques et violentes* ; ou des *efforts lents et gradués*. Les pressions graduées s'exercent au moyen d'une vis portant sur le point à rompre, pendant que les deux extrémités du membre servent de contre-support. Purmann fut déclaré l'inventeur de la première machine de ce genre, par un de ses élèves Bosch, qui en fit à Augsbourg l'application en 1783. Cesterlen se déclara partisan de ce procédé (1811, 1817), et en réunit quarante exemples avec d'assez beaux succès. La condition la plus importante est de faire porter la rupture sur le cal lui-même, pour éviter les esquilles.

Section du cal. Paul d'Égine, Fabrice de Hilden ont indiqué ce procédé, que des médecins modernes, Wasserfuhr, A. Key, A. Cooper, ont mis en usage. Le traitement est ensuite celui d'une fracture compliquée de plaie.

Réséction. Lemerrier paraît avoir pratiqué le premier cette opération (1815), qui fut répétée par Riech (1826). On en possède aujourd'hui de nombreux exemples. Clemot (de Rochefort) eut recours à une réséction cunéiforme (1834) pour un cal vicieux du fémur.

Perforations. Brainard, (de Chicago) traversa le cal en différents sens, avec un perforateur introduit par ponction à travers la peau. Au bout de quelques jours, le cal se ramollit, et on put procéder à un redressement graduel et complet.

On a conseillé, en cas de raccourcissement très-considérable et de claudication gênant ou empêchant la marche, de fracturer le membre opposé, et de le consolider avec un chevauchement des fragments égal à celui de l'autre côté. Cette idée n'est peut-être pas aussi paradoxale qu'elle le paraît, une fracture simple de la cuisse présentant peu de gravité en comparaison d'une claudication incurable.

Meyer (de Würzbourg) a pratiqué, chez un enfant, une réséction de la cuisse saine, pour rétablir l'égalité de longueur des deux membres inférieurs.

J'ai donné des soins à un charpentier qui s'était brisé la portion ischio-pubienne droite du bassin et le fémur gauche dans une chute