

érysipélateuses et des abcès superficiels autour de l'articulation; enfin, au commencement de mars, le malade était parfaitement guéri et pouvait marcher très-facilement.

Voici quelle était alors l'étendue de chacun des mouvements de son membre : la jambe peut se porter en avant jusqu'à soixante-cinq centimètres, de soixante-dix centimètres en arrière, à cinquante-quatre en dehors, et la rotation décrit en avant et en arrière un cercle de seize centimètres.

Obs. CII. — *Opération pour remédier à l'ankylose de l'articulation coxo-fémorale*¹. — James Hall, commissionnaire, âgé de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, fut pressé, au mois d'octobre 1829, entre un vaisseau et le quai. Il eut le fémur gauche fracturé à sa partie moyenne, et l'articulation de la hanche du même côté gravement contusée. Pour le traitement de ces lésions, le malade fut couché sur le dos; l'appareil de Boyer fut appliqué à la cuisse gauche, celle du côté droit fut mise dans la flexion, et dans la rotation en dehors. L'appareil ayant été mal appliqué, une inflammation vive se déclara dans l'aîne, et on fut obligé de discontinuer le pansement. Cette inflammation se termina par une ankylose complète de l'articulation.

Le malade fut admis à l'hôpital de New-York le 10 novembre 1850. A cette époque, il marchait avec difficulté, et, pendant la station, les genoux étaient écartés par un espace de quatre-vingt-un centimètres. Il exprima le désir d'être guéri de cette difformité, qui l'empêche de vaquer aux occupations de son état. Ayant conféré avec mes collègues les docteurs Mott, Stephens et Cheesman, je proposai une opération qui consistait à découvrir le fémur, à scier cet os immédiatement au-dessus du petit trochanter, et (puisque le membre gauche était plus long que le droit de cinquante-quatre millimètres) à enlever autant que possible de la substance osseuse entre le trochanter et la tête du fémur, de manière à pouvoir rendre les deux membres d'une égale longueur. Cette proposition eut l'assentiment de mes confrères, et le 24 novembre 1850, à midi, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : une incision, ayant seize centimètres de long, fut faite sur le trajet du fémur, à partir de vingt-sept millimètres au-dessus du grand trochanter. A cette incision vint se joindre une seconde, faite à la partie antérieure du membre, et qui rencontrait la première à sa partie moyenne. Les parties molles furent détachées avec facilité, et je pus passer sans peine mes doigts autour de l'os, immédiatement au-dessus du petit trochanter. J'essayai de diviser l'os par la scie à chaîne, mais l'instrument se cassa, et la section fut complétée par une scie dont l'invention est due au docteur Barton. Cette scie est connue dans les traités de médecine opératoire, depuis le procédé indi-

¹ Kearney, *Arch. gén. de méd.*, t. III, p. 491; 1840.

qué par ce chirurgien. Cette première section étant faite, on put facilement communiquer au membre une position parallèle à celle de la cuisse droite. Je fis ensuite une seconde section, et j'enlevai une portion cunéiforme de l'os, dont l'épaisseur était de treize millimètres à sa partie extérieure et de vingt millimètres au voisinage du petit trochanter. La plaie fut pansée avec des bandelettes agglutinatives et de la charpie, et un bandage convenable fut appliqué par-dessus.

Vers le 1^{er} mars, la cicatrisation était complète, et le malade put marcher à l'aide de béquilles. Il resta à l'hôpital jusqu'au mois de mai 1851, et sortit à cette époque pour reprendre ses occupations.

Au mois de mai 1853, il vint me faire une visite : il marchait très-bien; il se soutenait, toutefois, avec une canne. Il pouvait alors mettre le membre dans la rotation en dehors et en dedans, le porter dans l'abduction et le fléchir presque à angle droit.

Obs. CIII. — *Ankylose angulaire du fémur. Section du col de cet os. Guérison*¹. — M. Maisonneuve présente, dans la séance de l'Académie de médecine du 16 mai 1847, un malade auquel il a pratiqué la résection d'une ankylose coxo-fémorale, dans les circonstances suivantes. Un jeune homme âgé de dix-neuf ans, après avoir plongé, étant en sueur, dans l'eau d'une fontaine très-froide, éprouva une douleur violente dans la hanche droite, qui fut bientôt le siège d'une coxalgie. Au bout de quelques mois la suppuration s'empara de la jointure; les ligaments furent détruits, la tête du fémur, sollicitée par la position vicieuse qu'avait adoptée le malade, sortit de sa cavité et se logea dans la fosse ovale. Le fémur s'ankylosa de telle manière que la cuisse était entièrement couchée sur l'abdomen. Le genou se trouvait à peu près au niveau de l'épaule droite. La jambe, fléchie sur la cuisse, ne s'étendait que très-imparfaitement.

Le malade était guéri de sa coxalgie, mais entièrement privé de l'usage de son membre inférieur droit. Ce fut dans cet état qu'il entra à Bicêtre. M. Maisonneuve lui proposa la section du col du fémur, qu'il pratiqua le 25 février 1847. Le malade, préalablement soumis à l'éthérisation, fut couché sur le côté gauche. Je fis alors, dit M. Maisonneuve, au niveau du grand trochanter et parallèlement à l'axe du membre, une incision de forme demi-elliptique à concavité antérieure et de vingt centimètres environ de longueur. Cette incision me permit de mettre à découvert la face externe du grand trochanter et une petite portion du corps de l'os; mais le col restait profondément caché : le doigt même ne pouvait l'explorer qu'avec peine. C'était cependant sur ce point de l'os que j'avais résolu d'exécuter la section. Pendant près de quinze minutes je fis de vains efforts pour y parvenir, en me

¹ *Gazette médicale*, 1847, p. 935.

servant de la gouge et du maillet, des cisailles de Liston, de la scie à crête de coq, etc. Enfin, voyant que mes efforts n'aboutissaient à rien, je revins à mon premier plan, celui de Rhea Barton et de Kearney. Je fis la section de l'os entre les deux trochanters. Ce fut chose facile et prompte. Aucun vaisseau important ne se trouva lésé. Je ne fis qu'une seule ligature.

Après l'opération, le membre ne put pas être immédiatement ramené dans sa position normale. Les muscles, les tissus fibreux et cellulaires qui s'étaient accommodés à la position vicieuse du membre opposaient à l'allongement une résistance telle, que je craignis un instant de voir le succès de l'opération compromis par cette circonstance accessoire. Je ne voulus cependant rien brusquer. Le malade étant reporté dans son lit, je le fis placer sur le dos, le membre inférieur fortement fléchi et soutenu par un plan incliné très-élevé. La plaie fut pansée à plat.

La réaction s'opéra régulièrement presque sans souffrance; le malade seulement se plaignait d'un engourdissement général du membre. Je crus d'abord que le nerf sciatique pouvait être comprimé par les fragments osseux; mais un examen plus attentif me fit reconnaître une véritable paralysie. Le nerf avait été certainement divisé dans l'opération.

Pendant un mois il ne survint rien de particulier. Le membre fut graduellement rendu à sa rectitude, et la lésion fut conduite comme une fracture compliquée. Plusieurs fois il se présenta des esquilles, que je dus extraire.

Le 20 avril, moins de deux mois après l'opération, le malade commença à se lever et à se promener dans la salle, à l'aide de deux béquilles. Depuis ce moment, sa santé générale s'est raffermie; son membre, raccourci de dix centimètres, a de la vigueur. Les mouvements soumis à l'influence du nerf crural ont acquis une grande puissance; de sorte que, malgré la paralysie du nerf sciatique, qui, du reste, commence à diminuer, le malade peut se promener et marcher sans bâton, s'asseoir et monter les escaliers. Pendant plusieurs années, j'ai continué à revoir ce jeune homme qui a repris une santé vigoureuse et marche parfaitement au moyen d'un soulier à talon.

Obs. CIV. — *Ankylose angulaire du fémur. Rupture sous-cutanée de l'os par la méthode diaclastique*¹. — Adèle J..., femme A..., demeurant actuellement rue Campagne-Première, 17, âgée de vingt-six ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 12 juin 1861, pour être traitée d'une ankylose coxo-fémorale consécutive à une luxation spontanée du fémur.

Cette jeune femme raconte qu'il y a trois ans elle fut atteinte d'une coxalgie du côté gauche, et que par suite de cette affection la cuisse resta fléchie fortement sur le bassin. Depuis lors, et bien que toute douleur eût cessé dans

¹ *Gazette des hôpitaux*, 9 septembre 1862.

la partie malade, il lui fut impossible de redresser le membre, de sorte que la marche lui était devenue tout à fait impossible.

En effet, la cuisse, fortement fléchie sur l'abdomen, est complètement immobile sur le bassin; on reconnaît que le fémur est luxé dans l'échancrure sciatique, et qu'il est complètement soudé dans cette position vicieuse; il est absolument impossible de lui imprimer le moindre mouvement.

Diverses tentatives furent faites pour opérer la rupture de l'ankylose; mais ces manœuvres n'eurent aucun résultat, et firent craindre qu'en essayant de les porter plus loin on ne déterminât dans l'articulation sacro-iliaque de graves désordres.

Dans ces conditions, j'eus un instant la pensée de soumettre cette jeune femme à l'opération de Rhea Barton, c'est-à-dire de pratiquer la section du col ou de la partie supérieure du fémur, opération qui m'avait déjà réussi chez un jeune homme que j'ai eu l'honneur, en 1847, de présenter à l'Académie.

Mais, tout en reconnaissant que cette opération était susceptible de donner de bons résultats, je ne pus me dissimuler que les graves lésions qu'elle nécessite exposaient sérieusement les jours des malades en mettant ceux-ci dans les conditions si redoutables d'une fracture compliquée de plaie.

Je me demandai alors s'il ne serait pas possible d'obtenir le même résultat au moyen de la diaclasie, qui, opérant la rupture de l'os sans lésion aucune des parties molles extérieures, possède toute l'innocuité des plaies sous-cutanées, innocuité si bien démontrée par les travaux de M. Jules Guérin, et si bien établie par l'expérience de tous les jours.

Cette idée me parut d'autant plus réalisable que, par suite des nombreuses opérations diaclastiques que j'ai eu occasion de pratiquer pour l'amputation des membres, j'avais personnellement acquis la certitude qu'il était possible et même facile de rompre, à travers les chairs, les os les plus volumineux sans esquilles, à un point déterminé, et sans produire de contusion violente des parties molles.

La malade ayant agréé cette idée, je procédai à l'opération le 27 juin, de la manière suivante.

La malade étant couchée sur le lit d'opération et soumise au chloroforme, j'appliquai l'ostéoclaste sur la face externe et antérieure de la cuisse et du bassin, de manière que le croissant métallique embrassait la portion interne et postérieure du fémur dans son point le plus élevé, au niveau à peu près du petit trochanter. J'eus le soin de garnir de compresses épaisses les parties sur lesquelles portait l'instrument; puis, faisant mouvoir la vis, j'opérai la constriction jusqu'à ce que je me sentis arrêté par la résistance de l'os.

Saisissant alors à deux mains la manivelle de la vis, je portai brusquement la constriction à l'extrême. Au même instant, un bruit sec m'annonça que le fémur était rompu. J'enlevai immédiatement l'appareil, et je pus alors

constater facilement, d'une part, que la rupture de l'os était nette et sans esquilles; d'une autre part, que les parties molles étaient restées intactes et que par conséquent les conditions étaient celles d'une fracture simple.

La malade n'avait accusé aucune douleur; elle fut immédiatement reportée dans son lit, et le membre placé sur un plan incliné.

Aucun accident ne suivit cette opération. La cuisse, comme dans toutes les fractures, resta quelques jours endolorie et légèrement tuméfiée; mais bientôt ces phénomènes disparurent, et dès le quatrième jour il me fut possible d'allonger le membre et de le placer parallèlement à l'autre; il fut maintenu dans cette position pendant tout le temps nécessaire à la consolidation, c'est-à-dire pendant soixante jours. Je permis alors à la malade de se lever, de marcher avec des béquilles; enfin, le 15 septembre, elle sortit de l'hôpital, marchant avec une simple canne.

Aujourd'hui, que près d'une année s'est écoulée depuis l'opération, la malade a recouvré toute sa fraîcheur et sa santé d'autrefois.

La cuisse est parfaitement solide, et ne présente d'autre difformité qu'une courbure un peu prononcée en avant, et un raccourcissement de huit centimètres; mais, grâce à une chaussure habilement faite, la jeune malade dissimule très-adroitement ces légers inconvénients: elle marche avec une facilité parfaite, et ne se prive même pas du plaisir de la danse.

Obs. CV. — *Ankyloses complètes de toutes les articulations des membres inférieurs; amputation de la cuisse gauche; hémorrhagie consécutive; esquille enlevée; guérison. Amputation de la cuisse droite; hémorrhagie consécutive abondante; guérison. Quatre mois de séjour dans l'hôpital*¹. — Le 7 juin 1858, fut admis dans notre service (salle Sainte-Vierge, n° 35) le nommé Cortasse, âgé de vingt-huit ans, ouvrier en soie, né à Gordes (Vaucluse), arrivé à Paris depuis quatre jours. Il est d'un tempérament bilieux, d'une constitution peu détériorée; car, d'après son dire, il se porte tout aussi bien qu'avant le début de sa maladie.

Il y a douze ans environ (c'est à cette époque qu'il fait remonter l'origine de son mal), Cortasse fut obligé, pour surveiller les récoltes, de coucher pendant quinze jours dans une cabane froide et humide. Quelque temps après, les articulations des membres inférieurs devinrent le siège de douleurs assez vives, qui furent suivies de roideur et de gêne dans les mouvements. Admis à l'hôpital d'Avignon, il fut traité par les ventouses, les vésicatoires et les moxas. Après neuf mois de séjour dans cet hôpital, il éprouva une amélioration notable, et retourna dans sa ville natale. Toutefois, il n'était pas guéri, car le moindre changement de température ramenait ses douleurs. Plusieurs mois après il entra à l'hôpital de Nîmes, où on le traita par les

¹ Velpeau, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 177.

frictions et les bains de vapeur. Ce traitement fut très-favorable, car, au dire du malade, après environ trois mois de séjour dans cet hôpital, il retourna dans son pays; il marchait alors facilement, et se croyait radicalement guéri. Cinq mois après, il se rendit à Lyon pour continuer l'état que sa maladie l'avait forcé de suspendre. Pendant plus de deux ans il put vaquer librement à ses occupations; mais, à dater de cette époque, il ressentit encore par intervalles, surtout dans les changements brusques de température, des douleurs dans les membres. En mars 1852, les phénomènes morbides qui s'étaient présentés au commencement de la maladie se manifestèrent avec plus d'intensité que jamais. Ici, le malade ne peut point nous rendre compte des différentes phases de la maladie: il se borne à nous dire qu'en septembre 1852, toutes les articulations de ses membres inférieurs étaient complètement ankylosées. Il était alors à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et déjà il réclamait, de la part des chirurgiens de cet hospice, l'amputation de ses deux membres. Comme on ne voulut point accéder à sa demande, il retourna dans son pays, où il séjourna pendant plusieurs années. Enfin, ennuyé de son état, il résolut d'en finir d'une manière quelconque. Il alla à Montpellier dans l'intention d'obtenir des chirurgiens de cette ville ce que ceux de Lyon lui avaient formellement refusé: il ne fut pas plus heureux.

Ce fut alors qu'il vint à Paris, plus décidé que jamais à mettre un terme quelconque à son état. Il entra immédiatement dans cet hôpital, dans le service de M. Rayer, qui le fit passer le lendemain dans nos salles.

Tels sont les principaux détails que nous fournit Cortasse sur les antécédents de sa maladie. J'ai omis bien des circonstances qui n'ajouteraient rien à la valeur scientifique de ce fait; toutefois, je crois devoir ajouter que, dans le courant de cette narration, ce malheureux parlait avec une telle fermeté et une telle résolution de caractère, que nous ne pûmes douter qu'il n'eût pris un parti définitif.

Voici l'état dans lequel il était lorsqu'il entra dans notre service. Toutes les articulations des membres inférieurs étaient soudées d'une manière complète; les deux cuisses étaient fortement fléchies en avant sur le bassin, et rapprochées l'une de l'autre; les deux jambes, fléchies en arrière et un peu en dehors, formaient avec la cuisse correspondante un angle assez aigu; les pieds étaient étendus. On comprend facilement tout ce qu'offrait de gênant et de pénible une pareille conformation. Ce malheureux ne pouvait se tenir ni debout, ni assis, ni sur les côtés; il était obligé d'être sans cesse couché sur le dos. Je dois ajouter qu'il disait éprouver encore assez fréquemment de vives douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, du côté gauche surtout. Cette dernière circonstance indiquait que le travail morbide n'était pas encore terminé dans ces régions. Les deux membres étaient atrophiés et réduits presque au seul volume des os. Que faire en pareille circonstance? Je donnai immédiatement à comprendre au malade qu'il ne devait pas plus

espérer de moi que des autres chirurgiens qu'il avait déjà consultés. Ces paroles portèrent la désolation dans l'âme de ce malheureux. Tous les moyens mis en usage dans ces cas, et que je ne décrirai point ici, n'eurent aucun succès. Six jours après, Cortasse était dans la même résolution, et réclamait à chaque visite un terme quelconque à son état; il ajoutait même qu'il saurait bien en finir lui-même, si je ne voulais pas accéder à ses instances. Voyant enfin que tout était inutile, je me résolus à l'opérer. Je me livrai dès lors à une exploration minutieuse pour voir si rien dans l'organisme ne contre-indiquait l'opération. J'eus recours aussi aux lumières de mes collègues de l'hôpital. Rassuré sur ce point, j'annonçai au malade qu'il serait amputé, dans trois jours, de la cuisse gauche. « Vous êtes le seul homme, s'écria alors Cortasse avec effusion et en me serrant fortement la main, qui ayez bien compris ma position; quoi qu'il arrive, je vous en remercie d'avance. »

Le 18 juin, la cuisse gauche est amputée sans que le malade profère une seule plainte. Les quatre jours suivants il est dans un état tout à fait satisfaisant; mais, le 22 du même mois, une fièvre assez intense se déclare, le malade est pâle et affaibli; il dit souffrir beaucoup dans le moignon. La plaie est vermeille; cependant du pus est accumulé dans un foyer assez considérable: je l'évacue, et à l'aide de cataplasmes émollients et d'une légère compression, le malade prend en quelques jours un bon aspect. Tout allait fort bien, lorsque, le 1^{er} juillet, le malade fut pris tout à coup d'une hémorrhagie dans le moignon. L'interne de garde parvint à arrêter cet accident par la compression. Les jours suivants, Cortasse se trouve fort bien et demande à manger. Le 9 juillet, la suppuration était presque tarie, et tout semblait annoncer que la guérison ne se ferait pas attendre. Le malade mange la demi-portion avec beaucoup d'appétit; mais, le seize juillet, il se plaint de nouveau de vives douleurs dans le moignon; du pus s'y est de nouveau accumulé. Je pratique une contre-ouverture, et je place une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur trop prompt réunion. Cependant la suppuration ne tarit pas; j'introduis alors un stylet dans le foyer, et je reconnais l'existence d'un petit séquestre, que j'enlève immédiatement. Dès lors la guérison s'opéra avec rapidité: le 31 juillet, la plaie était complètement cicatrisée.

Pour ne pas trop prolonger cette observation, j'ai omis bien des détails auxquels il est facile de suppléer. Qu'il me suffise d'ajouter que les suites de cette première opération furent telles, que nous ne croyions pas que le malade eût assez de force d'âme pour réclamer l'amputation de l'autre membre: nous étions dans l'erreur. A peine guéri, Cortasse réclama avec la même instance la seconde opération, qui fut pratiquée le 6 août.

Les suites de cette opération ne furent pas si pénibles, si nous en exceptons une hémorrhagie fort abondante, qui survint dans le moignon le 14 du

même mois, et qui nécessita l'emploi du garrot. A part cet accident, tout se passa parfaitement bien. La plaie était complètement cicatrisée dans les premiers jours de septembre. Cortasse séjourna encore un mois dans l'hôpital, et en sortit le 15 octobre, disant qu'il pourrait remplir maintenant un emploi auquel une de ses tantes le destinait.

Actuellement Cortasse, commodément placé sur une petite voiture, a augmenté le nombre des musiciens ambulants qui vivent de la commisération du public parisien.

2^o *Ankylose incomplète.* — Cette deuxième forme d'ankylose se prête beaucoup mieux que la première à l'action des moyens chirurgicaux: les mouvements ne sont point abolis complètement; les surfaces ne sont pas confondues; par des tractions brusques ou graduées, on peut espérer rompre ou distendre les adhérences fibreuses, et rétablir en partie les mouvements du membre. La science possède plusieurs exemples de succès par l'emploi de ces diverses manœuvres.

Dernièrement, une machine ingénieuse et d'une puissance énorme a été proposée par M. Louvrier, comme apte à opérer le redressement instantané des membres. Je ne sache pas que cette machine ait été mise en usage dans les cas d'ankylose coxo-fémorale. L'orthopédie nous fournit mille moyens d'arriver au même résultat d'une manière lente et graduée; je pense qu'à moins de circonstances rares il est préférable de procéder par ce dernier mode.

Quoi qu'il en soit, ce n'est guère que dans les circonstances où l'ankylose a lieu, le membre étant fléchi sur le bassin, de manière à empêcher la station et la progression, qu'il convient d'avoir recours à ces divers moyens; il serait imprudent de vouloir rompre une ankylose dans le cas où le membre est étendu et peut servir au malade; on courrait le risque de renouveler la maladie, et d'être plus nuisible qu'utile.

Il me reste à dire un mot de la fausse ankylose, de celle qui résulte non plus de l'adhérence des surfaces articulaires, mais bien de la roideur des muscles, des ligaments, des tissus qui environnent l'articulation. C'est dans ces circonstances que l'on peut avoir recours aux bains tièdes, aux lotions, aux fo-

mentations émollientes, aux bains et douches de vapeur, simples ou aromatiques, aux douches alcalines et sulfureuses, aux frictions, au massage, fait avec précaution sur les parties molles de l'articulation. C'est alors aussi que l'on peut employer utilement les bains de Baréges, de Bourbonne, les frictions huileuses, etc.

Lorsque les ligaments et les autres parties molles commencent à être relâchés par l'emploi des moyens précédents, on fait exécuter peu à peu à l'articulation malade les mouvements qui lui sont le plus habituels; ces mouvements allongent les muscles et les ligaments rétractés, leur rendent leur souplesse, et excitent la sécrétion de la synovie. Dans les ankyloses qui dépendent de la formation de fausses membranes filamenteuses, entre les surfaces articulaires, il est probable que les mouvements imprimés à la partie allongent, étendent et finissent même par rompre ces liens membraneux. Ces mouvements doivent être doux et ménagés; trop brusques et forcés, ils produiraient de la douleur et pourraient renouveler l'inflammation.

Souvent on entend, dans les premières tentatives, un craquement, une crépitation particulière, qui dépend de l'allongement des ligaments et du frottement des surfaces articulaires; cette crépitation disparaît à mesure que les mouvements se rétablissent. C'est le chirurgien lui-même, ou un aide intelligent qui doit imprimer ces mouvements au membre. Si l'on en confiait l'exécution au malade, la crainte de la douleur l'empêcherait de les porter assez loin et les rendrait inefficaces.

5° *Luxation.* — En se conformant aux préceptes donnés par MM. Blandin, Malgaigne, Bonnet, Lesauvage, relativement à la position dans laquelle il convient de placer les membres pendant le traitement de la coxalgie, on empêche la luxation spontanée de se produire; et si, du temps de Larrey, cet accident était déjà rare, il est à espérer qu'il le deviendra encore de plus en plus. Mais la chirurgie moderne ne s'est point bornée à le prévenir, elle s'est encore utilement occupée d'y porter remède.

M. Humbert¹ rapporte plusieurs observations qui tendraient faire croire que déjà, dans le siècle dernier, des tentatives avaient été faites dans le but de réduire les luxations spontanées. Dans une première, il s'agit d'une jeune dame de la Franche-Comté, qui, par suite d'un effort pendant l'accouchement, éprouva les symptômes d'une luxation consécutive de la cuisse gauche. Vingt-six mois après l'accident, la luxation fut réduite par Guyenot et Louis.

La deuxième a rapport à un enfant de douze ans, qui eut les symptômes, dit-on, d'une luxation spontanée dans la fosse ovale, et chez lequel la réduction se fit spontanément.

Mais ces faits ne sont pas concluants: la première observation a été regardée par Louis et rapportée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, comme une luxation traumatique; quant à la deuxième, ce n'est évidemment point une luxation, il n'y avait autre chose qu'une coxalgie au premier degré avec allongement apparent du membre.

L'observation rapportée par Salmade² ne me paraît pas beaucoup plus concluante.

C'est donc vraiment à notre époque que sont dues les premières tentatives sérieuses pour obtenir la réduction des luxations spontanées.

M. Humbert, dans son excellent ouvrage, rapporte avoir soumis six malades à une extension graduée et continue pendant un temps qui a varié entre cinq jours et plusieurs mois; il dit être parvenu, à l'aide de manœuvres habilement combinées, à opérer la réduction chez ces six malades; il pense que ce résultat pourra être souvent obtenu. Quant aux moyens qu'il a employés, ce sont des machines orthopédiques assez compliquées, dont il ne m'est pas possible de donner ici une description minutieuse.

Je dirai seulement qu'elles peuvent être classées en quatre séries, comprenant, la première, le lit mécanique; la deuxième, les appareils qui opèrent l'extension préparatoire du membre

¹ Humbert, de Morley.

² Salmade, *Journal de méd.*, fructidor an IX.

luxé; la troisième, ceux qui continuent l'extension et l'amènent au degré nécessaire pour procéder à la réduction, dont ils sont également les agents; la quatrième, enfin, ceux que l'on emploie après la réduction pour lever le malade, le transporter sans danger, et le soulever pendant les premières tentatives qu'il fait pour se tenir debout et marcher.

Quant aux précautions à prendre, elles sont nombreuses et importantes.

L'extension ne sera appliquée, autant que possible, que sur des sujets dont l'état constitutionnel est satisfaisant. Quelquefois cependant cet état s'améliore pendant le traitement mécanique.

L'action des machines extensives doit être mise en jeu avec prudence, et en observant les effets qui en résultent. Dans la majeure partie des cas, les malades n'en souffrent nullement, et s'habituent sans peine à une position que l'on varie pour la rendre supportable : l'allongement des muscles a lieu d'une manière insensible pour le patient; à peine en a-t-il connaissance. Toutefois, il peut se rencontrer des circonstances qui exigent des précautions particulières, telles qu'une vive impressionnabilité, une extrême excitation nerveuse.

La réduction doit être faite quand l'extension est jugée suffisante, ce qu'on reconnaît à la place qu'occupe la tête de l'os, et, par conséquent, à la possibilité de la faire rentrer dans la cavité. Alors les appareils de la deuxième série sont remplacés par ceux de la troisième; l'extension continue avec plus de force, un mouvement particulier est imprimé au membre, qui décrit un segment de cercle, et l'os rentre dans la cavité cotyloïde. Pendant que tout ceci se passe, le chirurgien, la main appliquée sur la tête du fémur, la dirige vers le cotyle, et une sensation toute particulière, une sorte de petite saccade succédant à une progression lente et uniforme, lui indique qu'elle s'est déplacée. Quant au malade, il n'a pas plus souffert que dans l'extension; la plupart du temps, il ne s'est aperçu du changement survenu chez lui que par la faculté qu'il a acquise de pouvoir pousser avec le pied la traverse qui le supporte, ce qui lui était impossible auparavant.

La réduction étant opérée, les appareils d'extension sont encore maintenus en place pendant un temps plus ou moins considérable et dont la durée doit être déterminée par la nature de la maladie, son ancienneté et les phénomènes qui ont précédé ou accompagné l'extension. Ainsi, l'état constitutionnel est-il bon, la maladie remonte-t-elle à une époque peu ancienne, la réduction a-t-elle été facile et accompagnée des circonstances les plus favorables, on pourra, au bout d'un mois ou deux, substituer les appareils de la quatrième série à ceux de la troisième, et lever le malade sur le brancard, puis sur la chaise; au bout de quelques semaines, le placer sur les béquilles simples. La distance qui sépare chacune de ces épreuves est également subordonnée aux résultats qu'elles donnent, et rien de positif ne peut être établi à cet égard. Si l'individu était faible ou souffrant, si un état d'instabilité locale ou générale faisait considérer le rapprochement des surfaces articulaires comme cause à redouter d'une inflammation nouvelle, on soutiendrait l'extension pendant plus longtemps et on la diminuerait insensiblement. Les appareils extensifs doivent également être laissés longtemps en place, quand de grands désordres articulaires, un extrême relâchement des muscles ou une récurrence des symptômes après quelque imprudence, font craindre un nouveau déplacement.

L'exploration, qui doit éclairer sur le véritable état des choses, n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le penser. Quand la réduction est opérée, en saisissant le grand trochanter et en lui faisant exécuter quelques mouvements en tout sens, on sent dans l'articulation une mobilité qui annonce que les muscles, longtemps allongés, n'ont pas encore repris leur ressort, et qu'ils ne maintiennent que d'une manière fort lâche les rapports des os. La même exploration, renouvelée à des époques de plus en plus éloignées, donne des résultats différents. On sent que l'articulation s'affermir par degrés, et que les muscles, revenus sur eux-mêmes, assurent les rapports du fémur avec l'ilion.

La différence de longueur qui tient à l'inclinaison du bassin