

elastique produit un système d'amputation très-simple et d'une exécution facile.

8° Outre les avantages spéciaux qu'offre cette combinaison relativement à l'infection purulente, elle a ceci de particulier que le chirurgien peut l'exécuter sans aide, qu'elle ne produit aucune perte de sang, et qu'elle n'exige aucune ligature d'artères.

9° Les premières applications de ce nouveau système faites à l'amputation de la jambe et de l'avant-bras, ont donné des résultats aussi encourageants que possible, puisque sur six amputés, six ont guéri.

APPLICATION DE LA MÉTHODE DIACLASTIQUE AU REDRESSEMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR DANS LES CAS D'ANKYLOSE ANGULAIRE DU FÉMUR¹

Il arrive fréquemment, à la suite des coxalgies graves, que le membre inférieur reste ankylosé dans une position vicieuse.

Lorsque cette position est telle que le malade se trouve dans l'impossibilité absolue de marcher, la chirurgie est autorisée à intervenir pour redresser le membre et lui permettre de toucher le sol.

Jusqu'à présent, les ressources de la chirurgie se bornaient, en pareille circonstance, à deux méthodes : l'une qui consiste à rompre par des manœuvres ou des moyens mécaniques les adhérences des surfaces articulaires, c'est la méthode dite rupture de l'ankylose ou méthode usuelle; l'autre, imaginée par Rhéa-Barton, consiste à scier le col ou la partie supérieure du fémur pour en opérer le redressement.

De ces deux méthodes, la première, ou rupture de l'ankylose, ne convient que dans les cas où l'ankylose est encore

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 420.

récente ou incomplète; car, lorsqu'il y a soudure et fusion complète des surfaces osseuses, toute tentative de rupture exposerait gravement à la dislocation du bassin.

La deuxième méthode, qui consiste à pratiquer la section du col du fémur, permet certainement de redresser le membre, quelle que soit la position vicieuse qu'il affecte, et quelle que soit la variété de luxation spontanée qui existe; mais elle a le grand inconvénient d'exposer d'une manière grave les jours du malade, en mettant celui-ci dans les conditions si redoutables d'une fracture compliquée de la cuisse. Aussi voyons-nous que cette opération de Rhéa-Barton a trouvé peu de partisans, car, à part l'opération de ce genre que j'ai pratiquée moi-même en 1847, et dont j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie après la guérison du malade, je ne pense pas qu'il en existe d'autre exemple en France.

Dernièrement, au mois de juillet 1861, m'étant trouvé de nouveau en présence d'un cas semblable et me rappelant les accidents sérieux auxquels avait été exposé mon premier malade, je cherchai à obtenir la guérison par une méthode moins cruelle et moins dangereuse. C'est alors que j'eus la pensée d'appliquer à ces lésions la méthode diaclastique, dont j'avais déjà fait de nombreuses applications à l'amputation des membres. Cette méthode, qui permet de rompre l'os dans le point précis que l'on désire, sans esquilles, sans biseaux même, a l'immense avantage de ne point exiger d'incision à la peau, et par conséquent d'avoir toute l'innocuité des opérations sous-cutanées, sans compter qu'elle est d'une promptitude extrême et d'une facilité qui permettent au chirurgien de la pratiquer seul, sans aide, en quelques secondes à peine.

Adèle J..., femme A..., demeurant actuellement rue Campagne-Pre-mière, 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 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'échancre 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 Rhéa-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 diaclase, 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.