

De la résection de l'articulation coxo-fémorale pour carie / par R.R. Good.

Contributors

Good, Richard R.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Adrien Delahaye, 1869.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/qm6d3tqz>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

9
DE LA RÉSECTION

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

POUR CARIE

DE LA RÉSECTION

R. R. GOOD.

DE

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

POUR CARIE



PARIS

ABRISSE DELAHAYE, LIBRAIRE ÉDITEUR

1863

1863

1863



DE LA RÉSECTION

DE

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

POUR GARNIR



DE LA RÉSECTION

DE

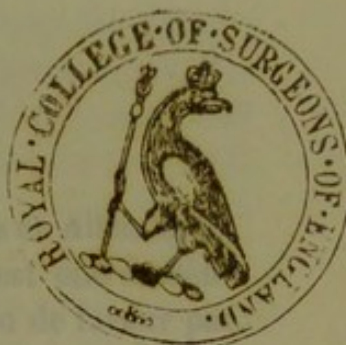
L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

POUR CARIE

PAR

R. R. GOOD,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
ex-chirurgien de l'armée confédérée d'Amérique, etc.



AVEC CINQ FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1869

DE LA RÉSECTION

de

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE
ET LE MOUVEMENT DE LA CROSSE
POUR CARIE



R. R. GOOD,

Professeur au Collège de France, et
Membre de l'Académie des Sciences, de la
Littérature et des Beaux-Arts.

ATTEMPTED TO BE REPRODUCED IN THE TEXT

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE ÉDITEUR

PLACE DE LA BOURSE, 2

1882

DE LA RÉSECTION
DE
L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE
POUR CARIE.

INTRODUCTION.

La résection de la hanche, pratiquée avec succès en Allemagne, en Amérique et surtout en Angleterre, où elle est entrée définitivement dans la pratique, a été reçue avec peu de faveur par les chirurgiens français. Si l'on parcourt nos ouvrages classiques, on s'aperçoit bientôt du peu d'importance qu'ils attachent à cette opération ; les uns n'en font même pas mention, d'autres la citent seulement pour mémoire, beaucoup la condamnent, très-peu en font reconnaître l'importance, aucun ne la préconise. Il y a peu d'opérations sur la valeur desquelles règnent des opinions aussi divergentes, et malgré les succès qui nous arrivent tous les jours de l'étranger, cette opération serait à peu près complètement délaissée chez nous sans les efforts que quelques chirurgiens ont fait pour la réhabiliter dans ces derniers temps. Où en est la faute ? Est-ce, comme le disait Malgaigne, « qu'un peu de routine s'en mêle » ou bien est-ce que la carie de la hanche est une affection moins commune chez nous que chez nos voisins ?

Pourtant c'est en France que furent faites, avec Vermandois, Chaussier, etc., les premières expériences qui éclairèrent les résultats de cette opération. Mais ces études, poursuivies et perfectionnées en Allemagne par l'école de Würzburg, avec Textor père à sa tête, ne furent vulgarisées qu'en Angleterre.

En France, la résection de la hanche fut longtemps laissée dans l'oubli. On ne peut pas dire, comme l'ont avancé quelques auteurs, qu'on n'est pas, en France, au courant de ce qui se passe à l'étranger. La discussion qu'a soulevé au sein de l'Académie de médecine (1) le mémoire de M. Léon Le Fort, prouve que la question est bien connue dans toute son étendue. La valeur et l'indication de l'opération ont été discutées avec un grand sens clinique, qu'on a retrouvé du reste, dans une discussion analogue devant la Société de chirurgie. Seulement, faut-il le dire, les insuccès nombreux relativement au nombre des opérés qu'ont eu les chirurgiens français, les ont détournés d'une opération qui avait eu de si mauvais résultats entre leurs mains. Ils en sont venus ensuite à taxer d'exagération et d'inexactitude les beaux résultats publiés à l'étranger.

Ayant assisté à l'étranger à un grand nombre d'opérations de résection de la hanche qu'il nous a été donné de suivre jusqu'à la guérison, et frappé des bons résultats que donne la chirurgie conservatrice appliquée aux lésions du genou, nous avons rassemblé dans ce travail des faits qui sont pour nous d'une observation déjà ancienne. Nous avons réuni dans un tableau, par ordre chronologique, tous les cas publiés qu'il nous a été possible de recueillir depuis 1860, époque à laquelle finit la statistique de M. Léon Le Fort. Et comme depuis cette époque aucun tableau complet de cette opération n'a été publié en langue française (2), nous avons pensé nous rendre utile par cette étude.

Les observations qui en forment la base se trouvent la plupart disséminées dans les journaux et les ouvrages étrangers. Nous nous sommes efforcé, en les recueillant toutes, et nous croyons y être arrivé, à peu de chose près, de contrôler autant que possible le résultat énoncé par des renseignements demandés à l'opérateur et au malade. De la sorte nous avons relevé quelques erreurs publiées par les journaux et nous avons connu le résultat de l'opération longtemps après sa date. Si ce travail d'épuration

(1) Séance du 4 décembre 1860.

(2) Les statistiques de Heyfelder, traduites par M. Bœckel en 1863, comprenant seulement les cas antérieurs à 1860.

a diminué le nombre des succès, en nous donnant comme résultat général une statistique un peu moins riche en guérisons que celle de M. Léon Le Fort, il a servi la vérité, car il a été fait sans parti pris et en toute indépendance.

Le résultat de notre statistique ne devra pas décourager ceux qui, comme nous, croient à l'utilité de l'opération, et la lecture de nos observations donnera la preuve que si la résection de la hanche faite à l'aveugle et pour tous les cas sans distinction donne des résultats déplorables, il est des conditions bien définies qui assurent le succès, et nous pourrions citer telle série où le nombre des guérisons a presque égalé celui des opérations. Au reste tout n'est pas encore élucidé dans cette question complexe et neuve, si l'on songe à sa date; elle a besoin de l'expérience du temps. Heureux si par nos recherches nous pouvions avoir donné les preuves de l'utilité d'une opération injustement oubliée par quelques chirurgiens et qui, nous n'en doutons pas, sera réhabilitée avec le temps, ayant la destination de rendre de grands services à l'art de guérir.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

C'est en 1769 que Charles White de Manchester, qui l'année précédente avait pratiqué avec succès la résection de la tête humérale (1), proposa cette opération pour l'articulation de la hanche (2). « J'ai fait, dit-il, sur le cadavre une incision sur la partie externe de la hanche allant jusqu'au-dessous du grand trochanter; alors coupant le ligament capsulaire et portant le genou dans l'adduction, je luxai la tête du fémur qui fut sciée facilement. Je ne doute pas que cette opération ne puisse être pratiquée sur le vivant avec grande chance de succès. »

La plupart des auteurs qui ont traité de la résection coxo-fémorale, rapportent à White de Westminster l'honneur de la première opération sur le vivant. Pourtant elle date de plus loin. Déjà en 1730 un chirurgien anglais faisait l'extraction de la tête fémorale dans un cas de coxalgie suppurée; l'observation fut publiée par John Daniel Schlichting, en 1742 (3). Il s'agissait d'une paysanne de quatorze ans, affectée d'une coxalgie très-douloureuse qui suppura et s'abcéda spontanément. Le chirurgien agrandissant l'ouverture enleva la tête du fémur en totalité. La plaie fut guérie en six semaines et la malade put marcher dans la suite, toutefois avec de la claudication. Comme

(1) *Philos. Trans.*, 1767, vol. LIX, p. 39. Vigaroux, de Montpellier, pratiquait cette opération le premier en 1767.

(2) *Cases on Surgery*, 1770, p. 66.

(3) « Coxæ articuli suppuratio cum successione coxæ femoris solidata. » (*Philosophical Transactions*, v. XLII, p. 274.)

dans l'observation il n'est pas fait mention du procédé employé pour l'ablation de la tête du fémur, il est probable qu'elle fut trouvée détachée complètement du corps du fémur.

Quoi qu'il en soit, le fait n'en reste pas moins intéressant, non-seulement au point de vue de l'histoire de la résection de la hanche en particulier, mais encore au point de vue de celle des résections articulaires en général.

On ne trouve rien de bien authentique dans les ouvrages anciens relativement à la résection de la hanche, si ce n'est dans Paul d'Égine qui la rejette complètement (1). « Toutefois, dit-il, si la tête du fémur, ou l'ischion, ou une vertèbre du dos est malade, il faut s'abstenir de l'enlever à cause du danger qui résulterait du voisinage des artères, des veines et des autres parties nobles adjacentes. »

Les ouvrages classiques modernes, qui consacrent un chapitre spécial aux résections de la hanche, et il faut l'avouer ils sont rares, attribuent à Antony White de Westminster Hospital le mérite de la première opération sur le vivant, faite avec un grand retentissement en 1821.

Il n'est nullement dans notre pensée de lui contester cette priorité en tant qu'opération complète. Il serait injuste toutefois de ne pas associer à la gloire de sa découverte Schmaltz de Pirna, qui quatre ans avant lui, en 1817, pratiquant la résection de la hanche dont il avait à l'avance bien réglé le mode opératoire, trouva détachée, en pénétrant dans l'articulation, la tête fémorale qu'il enleva avec des pinces, n'ayant pas à la réséquer comme White le fit plus tard. Il serait également injuste de ne pas rappeler dans leurs principaux détails les expérimentations qui, longtemps avant les succès de ces deux chirurgiens, préparèrent leurs tentatives et jetèrent une vive lumière sur le sujet qui nous occupe.

Dès 1781 Vermandois (2), chirurgien de Bourg-en-Bresse, expérimentant sur un chien, remarquait que l'animal supportait parfaitement l'opération, que l'extrémité du fémur réséqué se

(1) Paul d'Égine, trad. par René Briau, p. 317.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 1786, p. 51.

couvrait bientôt d'une substance compacte, et qu'au bout de deux mois elle avait contracté des attaches avec la cavité cotyloïde assez fortes pour supporter le poids du corps et permettre à l'animal de marcher.

Le premier, il essaya de poser les indications de l'opération, essayant ainsi de résoudre une des difficultés qui, malgré bien des efforts, n'est pas encore vaincue aujourd'hui. Voici ce qu'il écrit : « Dans les suppurations et caries de l'articulation du fémur avec l'os innominé, si le dépôt, qui a son siège dans cette partie, n'a pas été ouvert à temps et traité méthodiquement, ou si, en conséquence du siège primitif du mal ou du degré d'acrimonie de la matière, la maladie a fait des ravages sur les parties dures, et ne peut céder aux pansements les mieux dirigés et aux remèdes intérieurs les plus convenables, je suivrais la division qui y conduit, s'il y en a une que l'on puisse suivre avec sûreté ; sinon, je ferais une incision longitudinale, qui commencerait au-dessus du grand trochanter, prolongée le long de la partie supérieure et externe du fémur ; je couperais les attaches des muscles à la partie supérieure de cet os que je désarticulerais, s'il ne l'était pas déjà par les ravages de la maladie ; je ferais sortir son extrémité par la place en portant la cuisse en dedans, et tirant en dehors la partie supérieure de l'os, j'en dépouillerais une portion plus ou moins longue, et j'en emporterais avec la scie non-seulement ce qui serait vicié, mais aussi une étendue suffisante pour me permettre de traiter aisément la carie de la cavité cotyloïde et les vices des parties environnantes par les moyens convenables. » Voilà tout dit en peu de mots, il a même osé parler de ce *noli me tangere* de quelques chirurgiens modernes, heureusement peu nombreux : la résection du cotyle.

Du reste, l'indication qu'il pose pour le temps propre à l'exécution de l'opération est la plus juste qu'on puisse donner. Comme lui, nous ne proposerions la résection de la hanche que dans le cas où le repos absolu et le plus persévérant, l'immobilité la plus complète, aidés d'un régime fortifiant, auraient échoué. Si malgré ces moyens le malade s'épuise par une suppuration abondante et continue, si les forces se perdent et si la

vie est en danger, alors seulement nous conseillons l'opération.

Chaussier (1) répéta les expériences de Vermandois en 1795. Il enleva la partie supérieure du fémur jusqu'au quart de la longueur totale de l'os, et trouva, après un temps plus ou moins éloigné de l'opération, et malgré cette perte énorme de substance du fémur, un rapprochement entre le fémur et l'ischion, et ceux-ci encroûtés d'une substance cartilagineuse avec une sorte de capsule articulaire contenant de la sérosité. De plus, voulant se mettre dans les conditions où se pratiquent d'ordinaire les résections de la hanche, il détermina la suppuration de l'articulation au moyen de divers irritants : « L'animal, dit-il, souffrit beaucoup, il eut divers dépôts qui s'ouvrirent successivement. Enfin, après deux mois, il fut complètement guéri et il se servit très-bien de sa patte. » Après avoir conservé cet animal plus de quatre ans, il le sacrifia et constata que l'extrémité du fémur s'attachait à l'ischion par une substance ligamento-cartilagineuse, qui la fixait sur cet os et lui permettait la mobilité en différents sens. « Il s'était aussi formé à l'extrémité du fémur une apophyse qui donnait attache à différents faisceaux musculaires et qui tenait lieu de trochanter. »

Presque à la même époque, les mêmes expériences furent faites en Allemagne, par Kœler (2). Cet observateur nota même la formation nouvelle du ligament rond inséré sur le point de la cavité cotyloïde où la résection avait été faite.

Quelques années plus tard, Wachter (3) faisait l'expérience suivante : Il reséquait l'extrémité supérieure du fémur d'un chien à un demi-pouce au-dessous du grand trochanter *en ménageant le périoste* ; l'agitation de l'animal fit tomber l'appareil, et le huitième jour les ligatures étaient déchirées, et la plaie en partie cicatrisée ouverte ; néanmoins l'animal guérit en trois semaines, huit jours plus tard l'extrémité du fémur était

(1) *Magasin encyclopédique*, 5^e année, 1799.

(2) G. L. Kœler, *Experimenta circa regenerationem ossium*. Gottingæ, 1786, Richter's Bibliothek, v. VIII, p. 570.

(3) G. H. Wachter, *Dissertatio chirurgica de articulis extirpandis*. Groenningen, 1810, Bibl. de Langenbeck, vol. III, p. 475.

solidement fixée au bassin, et au bout de six semaines ses adhérences étaient assez fortes pour permettre quelques mouvements. L'animal sacrifié, on trouva une éminence représentant une tête fémorale unie au bassin par une membrane épaisse. La cavité cotyloïde était remplie de cal, et à l'endroit où la tête était en rapport avec le bassin il existait une dépression.

N'est-il pas étonnant qu'après toutes ces expériences favorables à l'opération personne n'ait osé la pratiquer de longtemps sur l'homme malade ! Pourtant l'analogie semblait promettre des succès nombreux, l'organisation de l'homme ne différant pas de beaucoup de celle des animaux au point de vue de l'irritabilité des parties molles qui, du reste, est singulièrement amoindrie par l'état morbide des parties qu'attaque l'opérateur. Et d'ailleurs la marche naturelle de certaines coxalgies où la tête fémorale détachée et amoindrie tend à s'éliminer par les ouvertures fistuleuses périarticulaires, ne semblait-elle pas appeler l'intervention du chirurgien et lui montrer une condition méconnue de guérison dans les cas désespérés.

La première opération d'extraction de tête fémorale séparée entièrement du corps de l'os par le fait de carie nous a été transmise par Schlichting (1), qui publia l'observation sans donner le nom de l'auteur.

Fock de Magdebourg (2), dans son beau travail sur la résection coxo-fémorale, cite un certain nombre de cas.

En 1771, Vogel (3), ouvrant un abcès de l'articulation, trouva, dans le pus qui s'écoulait par l'ouverture, la tête fémorale avec une partie du ligament rond. La guérison eut lieu en trois mois. La partie supérieure du fémur s'appuyant au niveau du trou ovale, y avait contracté des adhérences. Le membre était ankylosé, le malade boitait en marchant.

Kirkland, en 1780 (4), faisait l'extraction de la tête du fémur séparée du corps de l'os, et son malade guérissait.

(1) *Loc. cit.*

(2) Fock, *Archives de Langenbeck*, 1860, t. I, p. 212.

(3) Vogel, *Observationes quasdam chirurgicas defendit*. Kiliae, 1771.

(4) Günther, *Lehre von den blutigen Operationen*. Leipzig, 1857.

Hoffmann (1) répétait cette opération en 1782, et l'année suivante Brandish enlevait avec succès les fragments d'une tête fémorale broyée par la décharge d'une arme à feu.

Ohle, en 1815 (2), fut moins heureux ; il reséqua une portion du fémur au voisinage de la tête détachée, mais son malade mourut, quelques jours après l'opération, de fièvre hectique.

Vient maintenant l'opération de Schmalz de Pirna, en faveur duquel les Allemands réclament l'honneur de la première résection. Ses prédécesseurs, Vogel, Kirkland, Hoffmann, Brandish, Ohle, et le chirurgien cité par Schlichting, n'avaient fait en réalité que des ablations de séquestres. Schmalz, au contraire, se proposait de reséquer la tête fémorale qu'il supposait adhérente au reste de l'os.

Son malade (3), âgé de six ans, souffrait d'une coxalgie double depuis six mois. A gauche, il y avait luxation spontanée de la tête du fémur en haut et en arrière ; à droite, arthrite suppurée sans luxation. Fièvre hectique et amaigrissement extrême. Une incision fut faite à droite pour donner écoulement au pus, et malgré cette opération plusieurs fistules supplémentaires s'ouvrirent au dehors. Ceci se passait à l'automne de 1816. Six mois plus tard, au printemps de 1817, après que les forces du malade se furent un peu relevées, Schmalz se disposa à enlever la tête du fémur dont la carie entretenait ces désordres. Il pratiqua une incision longitudinale de quatre pouces pénétrant jusqu'à l'articulation ; puis, dans un second temps, il alla à la recherche du col sur lequel il voulait porter l'instrument, quand il le trouva séparé du fémur et nageant dans le pus. Des pinces l'amenèrent facilement en dehors, et il put alors observer qu'il s'était séparé du reste de l'os au niveau du col. La plaie guérit en quatre semaines, et trois années après l'opération le malade marchait sans béquilles et sans claudication, les deux

(1) Münster, 1782, § 283 ; Fock, *loc. cit.*

(2) Schmidt's *Jahrbücher d. ges. Medicin*, t. II, p. 116, et Schmidt's *Encyclopädie d. ges. Medicin*, t. V, p. 346.

(3) A. G. Hedenus, *Commentatio chirurgica de femori in cavitate cotyloidea imputando*. Lipsiæ, 1823, 4, s. 65. Fock, *loc. cit.*, p. 212.

membres ayant la même longueur à cause de la luxation qui existait à gauche.

Nous sommes parfaitement de l'avis de Fock sur la valeur de cette opération. Le hasard voulut que la tête fût séparée, rien ne pouvait le faire prévoir; mais le mérite n'en reste pas moins tout entier à Schmaltz d'avoir *tenté* le premier la résection sur l'homme vivant.

L'observation de son rival de gloire, aujourd'hui bien connue, se trouve dans le premier volume de la *Lancette* pour l'année 1849, page 360. Le succès fut complet. La mort survenue cinq ans plus tard par phthisie permit de constater la formation d'une nouvelle articulation presque parfaite. Nous aurons occasion de revenir plus tard sur cette observation très-intéressante.

Il est étonnant que malgré le succès de cette opération de nouvelles tentatives ne l'aient pas immédiatement suivie en Angleterre, où les résections articulaires, en général, comptaient dès cette époque tant de zélés défenseurs. Elle fut presque oubliée pour un temps, et sauf le cas malheureux de Hewson de Dublin (1), il se fit sur la question un silence presque complet.

Samuel Cooper, cependant, écrivait qu'il préférait la résection à la désarticulation dans les cas où l'altération osseuse était bien limitée à la tête et au col du fémur. Earle (2) en faisait mention en signalant la possibilité de l'envahissement de la cavité cotyloïde par la carie, complication qu'il paraissait beaucoup redouter.

M. Syme, dans son beau *Traité sur les résections* (3), estime que la résection coxo-fémorale est une mauvaise opération, parce que le plus souvent, dans les coxalgies carieuses, la cavité cotyloïde est plus malade que le fémur! Erreur manifeste que nous combattons par l'arme loyale de la statistique.

Quelques auteurs ont cité Sir Benjamin Brodie comme ayant fait une résection de la hanche. Ils sont probablement tombés

(1) *Dublin Journal*, 1833, t. III, p. 222, et *Margrave's Operative Surgery*.

(2) *London medical Gazette*, 1832, p. 530.

(3) J. Syme, *Treatise on the excision of diseased joints*. Edinburgh, 1831, p. 124.

dans l'erreur, car on ne trouve nulle part l'indication de cette opération (1).

Sir Astley Cooper, Charles Bell, John Hennen, Liston, Averrill, Hutchinson, et d'autres chirurgiens célèbres de cette époque, n'en font pas mention dans leurs ouvrages. Blackburn en dit quelques mots pour mémoire (2).

Son histoire vraiment scientifique ne date guère que de l'année 1845, quand Fergusson (3), par ses opérations heureuses et par ses écrits, fit tous ses efforts pour la vulgariser et réussit à l'introduire définitivement dans la pratique de la chirurgie. En 1852, sur quatre opérations il comptait trois guérisons parfaites, une seule mort (4). Dès cette époque la conquête de cette opération fut assurée, et en Angleterre on vit bientôt un grand nombre de chirurgiens féconder l'œuvre de Fergusson. Henry Smith, Erichsen, Hancock, Jones, French, Price et bien d'autres publièrent un grand nombre d'observations favorables à cette opération, qui aujourd'hui a ses défenseurs les plus enthousiastes dans l'élite de la chirurgie anglaise.

L'Amérique ne prit d'abord aucune part à ce mouvement. L'opération si souvent citée de Rhea Barton de Philadelphie, n'est pas une résection à proprement parler, mais une simple section d'ankylose. Sayre (5) fut un des premiers à l'introduire dans ce pays, où elle compte aujourd'hui tant de succès. Ce chirurgien à lui seul, depuis 1851 jusqu'à l'année 1867, a pratiqué vingt-trois fois cette opération ; sur ce nombre il y a eu dix-sept succès et six morts (6). Et ici qu'on nous permette de dire en passant, qu'on est très-sceptique en France à l'égard de tout ce qui vient de l'étranger et surtout de l'Amérique ; on s'étonne que telle ou telle opération donne ailleurs des résultats si heureux, tandis qu'à Paris le chiffre de la mortalité fait souvent

(1) *Lancet*, 1848, t. 1, p. 362.

(2) *Guy's Hospital Report*, 1836, p. 294.

(3) *Lancet*, 1848, p. 414, et *Lancet*, 1849, p. 362.

(4) Solly, *Lancet*, 1852, aug. 14, p. 144.

(5) *New-York Journal*, juin 1855, et *Amer. med. association*. Philadelphie, 1860.

(6) *New-York Pathol. Soc.*, 1866-7, et *Canstatt's Bericht*, 1867.

reculer le chirurgien ; c'est qu'en Amérique les conditions hygiéniques des malades soignés dans les hôpitaux sont de beaucoup meilleures et la nourriture bien mieux réparatrice. C'est là un point capital que les sceptiques ne doivent pas ignorer.

Après les travaux de Sayre les plus importants sont ceux de Hodges de Boston qui datent de 1861, puis viennent ceux de M. Irving W. Lyon de Hartford, Conn. Nous avons emprunté à ce dernier (1) toutes les opérations pratiquées en Amérique qui se trouvent dans notre tableau statistique.

En Allemagne, depuis 1821, date de la première opération par M. White, jusqu'à l'année 1845 où Fergusson entreprit ses beaux travaux, nous trouvons les recherches de Textor père (2), de Jaeger (3), de Heine (4). Avant eux, Blasius, Schreger, Zang, Chelius et plusieurs autres chirurgiens s'en étaient occupés dans leurs écrits, sans donner toutefois ni une indication ni une critique de l'opération. Langenbeck (5) croit qu'on pourrait enlever la tête du fémur dans les plaies par armes à feu de la hanche. Oppenheim (6), qui pratiquait la résection de la hanche en 1829, publia le premier un très-beau mémoire sur ce sujet. Mais c'est surtout à l'école de Würzburg de cette époque que sont dus les meilleurs travaux de l'Allemagne. Textor, en effet, était le troisième chirurgien qui pratiquait la résection de la hanche sur le vivant avec le rare bonheur de livrer à la science le deuxième cas de guérison parfaite (7). Heine (8) expérimentait

(1) *The American Journal of the med. sciences*. Philadelphia, 1865. January, p. 49.

(2) Kajetan Textor, *Ueber Wiedererzeugung der Knochen nach Resectionen*, Würzburg, 1843.

(3) Michael Jaeger, *Decapitatio epiphysium* (*Rust's Handbuch der Chirurgie*, vol. V, p. 559).

(4) Bernhard Heine, *Ueber die Wiedererzeugung neuer Knochenmasse, u. s. w.* (*Græfe's u. Walther's Journal*, vol. XXIV, Heft. 4).

(5) *Nosologie und Therapie der chir. Krankh.*, 1830, Bd. IV, p. 398, Göttingen.

(6) Oppenheim, *Zeitschrift f. d. ges. Medicin*. Hamburg, 1836. Dieffenbach, Fericke et Oppenheim.

(7) K. Textor, *Der zweite Fall von Aussägung des Schenkelknochen*. Würzburg, 1858.

(8) Heine, *loc. cit.*

sur les animaux, et en octobre 1834 il présentait à l'Académie des sciences de Paris la préparation d'une articulation nouvelle dont nous donnerons plus tard l'examen anatomique. Bonino (1), dans son mémoire sur la résection de la hanche, cite Heine comme opérateur sur le vivant ; Roux (2), quelques années plus tard, commet la même erreur ; la vérité est que Heine n'a jamais pratiqué cette opération sur l'homme vivant.

Les travaux allemands d'un temps plus récent sont devenus trop nombreux pour que nous puissions en donner l'énumération complète dans ce travail. Les plus complets sont ceux de Fock, d'Esmarch, de Seufteleben, et le mémoire plus nouveau d'Eulenburg de Greifswald (3).

La résection de la hanche a trouvé des défenseurs même en Russie, où Szymanowski de Kiew et Bergmann de Dorpat (4) l'ont pratiquée quatre fois, deux fois avec succès.

Il nous reste maintenant à étudier quels ont été les progrès faits en France. « Cette opération est difficile à proposer, et ne serait, en France du moins, presque jamais acceptée », disait M. Gosselin à l'Académie de médecine, dans la séance du 15 août 1861, lors de la discussion du mémoire de M. Léon Lefort. Mais les petits esprits seuls sont invariables quand le progrès marche, et nous avons vu bientôt le successeur de l'illustre Velpeau pratiquer trois fois cette opération comme on le verra à notre tableau statistique. Aujourd'hui M. Gosselin, qui a bien voulu nous faire cette communication orale, admet dans la pratique la résection de la hanche malgré le mauvais résultat de ses trois premières tentatives. Nous sommes heureux de voir se ranger à notre opinion une voix si recommandable qui naguère lui était opposée.

Examinons rapidement l'opinion des chirurgiens français sur le sujet qui nous occupe. Nous avons déjà vu que c'est en France qu'avaient été faites, vers la fin du siècle dernier, les premières

(1) Bonino, *Annales de chirurgie française et étrangère*, 1844, avril, t. X, p. 385.

(2) Roux, *Gazette des hôpitaux*, 1847.

(3) Eulenburg, *Archiv de Langenbeck*, 1866.

(4) *Sanct-Petersburg. med. Zeitschr.*, Bd. VIII, p. 129, 1865.

études expérimentales. Elles éclairèrent les résultats de l'opération et préparèrent les indications curatives, mais ne reçurent d'abord qu'un froid accueil. Pourtant Rossi (1), sans oser par lui-même, encourageait dans son livre de médecine opératoire les chirurgiens à la résection de la tête du fémur. Il allait même jusqu'à conseiller de porter la gouge et le fer rouge sur la cavité cotyloïde. Briot (2), quelques années plus tard, répétait les mêmes règles dont il se disait être l'auteur. Ayant dans son service un enfant de treize à quatorze ans atteint de coxarthrocace avancée, il proposa l'opération; mais n'étant pas encouragé par l'avis de ses confrères auquel il montra le malade, il ne l'entreprit pas.

Roux, qui, lors d'un concours pour la chaire de médecine opératoire en 1812, s'était montré un adversaire acharné de l'opération de la résection, revenant sur son opinion trop absolue, la pratiquait le premier en France en 1847 (3), et, malgré son insuccès, professait que c'était une opération à conserver, et sur la valeur de laquelle le temps prononcerait.

Les raisons principales qui selon lui détourneraient à jamais de toute tentative à cet égard étaient la profondeur de l'articulation et l'épaisseur de la couche musculaire environnante (4). Ces objections nous paraissent puériles pour un chirurgien comme Roux, qui était en même temps un habile anatomiste. Son opinion restait entière en 1830 (5); parlant des résections articulaires en général : « peut-être, disait-il, faut-il y renoncer à jamais pour les articulations des membres inférieurs. »

Percy, Laurent (6), enseignaient que la résection coxo-fémorale est une faute qu'un bon chirurgien ne doit pas commettre, et qu'il faut bien se garder de suivre l'exemple de Park, de Moreau et du professeur Roux.

(1) Rossi, *Méd. op.*, t. II, p. 224. Turin, 1806.

(2) *Histoire de l'état et des progrès de la chirurgie militaire en France*, p. 177, 1817.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 118.

(4) Ph. J. Roux, *Concours pour la chaire de médecine opératoire*, 1812.

(5) *Revue médicale*, 1830, p. 10.

(6) *Dictionnaire des sciences médicales*, 1820, t. XLVII.

Richerand, Boyer, Delpech, Sabatier et Begin n'en font aucune mention dans leurs ouvrages. Roche, Sanson et Lenoir (1), redoutent, outre la difficulté du manuel opératoire, les accidents inflammatoires consécutifs, très-graves le plus souvent. Ces dangers ne semblent pas, pour eux, compenser les avantages minimes d'une guérison douteuse, mais possible, laissant un membre flottant, et incapable de servir d'appui.

Lisfranc (2) la rejette comme inapplicable dans les cas de coxalgie ; Boyer, dans son édition de 1847 (3), l'admet pour les cas désespérés. — Quand Seutin (4), la pratiqua en 1831, pour enlever les séquestres produits par la décharge d'une arme à feu, il rencontra une vive résistance et les reproches ne lui furent pas ménagés. Paillard (5) écrivait que, pour des cas analogues il préférerait de beaucoup l'amputation du membre abdominal.

Cette opinion est entachée d'erreur sinon d'hostilité envers Seutin. Le sujet de notre thèse étant circonscrit aux résections suite de carie, nous n'avons pas ici à faire l'histoire de celles qui ont été pratiquées à la suite des plaies par armes à feu. Toutefois nous ne voulons pas laisser passer sans la réfuter une opinion ancienne, peut-être trop répandue encore de nos jours : que l'amputation est préférable à la résection pour ce dernier cas. C'est là une erreur, et il suffit pour la combattre d'invoquer la statistique. Dans la guerre de l'Union américaine, les chirurgiens de l'armée confédérée ont prouvé par les chiffres qu'ils ont publiés que la mortalité était moindre de 50 p. 100 à la suite de la résection, comparativement à la désarticulation de la hanche (6).

Gerdy (7), dans son traité des résections, ne s'explique pas très-nettement sur celle de la hanche ; Bonnet et Pétrequin la

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 1844, t. III, p. 382.

(2) *Précis de médecine opératoire*, 1846, p. 642.

(3) 1847, t. IV, p. 106.

(4) *Relations chirurgicales du siège d'Anvers*. Paris, 1832.

(5) *Gazette des hôpitaux*, janvier 1833.

(6) Voyez notre *Rapport sur la statistique de M. le professeur Paul F. Eve d'Nashville* (*Gazette hebdomadaire*, n° 42).

(7) Gerdy, *De la résection des extrémités articulaires des os*, 1839.

rejettent complètement. Velpeau, dans la première édition de sa *Médecine opératoire*, écrit : « On devrait même enlever la tête du fémur échappée à travers les parties molles déchirées, s'il n'était pas possible d'en obtenir la réduction. » C'était là, du reste, un précepte mis en pratique bien avant lui. Pour les cas de carie, au contraire, il proscriit formellement toute opération (1) ; voici ses propres expressions : « quelle est la maladie assez grave pour exiger l'ablation de l'os, qui pourrait l'envahir sans se propager à la cavité cotyloïde ; et lorsque l'os du bassin est malade, à quoi servirait la résection de celui de la cuisse ? » Mais en 1839, rassuré par les tentatives de Seutin, Oppenheim et le succès de Textor, il modifie ses opinions : « aujourd'hui, écrit-il, je dois parler autrement » ; et comparant les résultats donnés par la désarticulation et par la résection, il semble incliner vers cette dernière, au moins pour certains cas déterminés. En 1861, lors de la discussion du mémoire de M. Le Fort, il admet cette opération, toujours avec réserve, pour les cas où la suppuration est très-avancée, et en l'absence de toute complication. Il redoute beaucoup comme Syme (2) l'altération de la cavité cotyloïde, qui pour eux serait plus profondément ou plus anciennement cariée que la tête du fémur. Cette complication contre-indique formellement toute tentative opératoire (3).

Au mois d'août 1855, M. Marjolin (4) pratiquait la résection de la tête du fémur sur une jeune fille de huit ans, portant une coxalgie ancienne très-douloureuse avec luxation de la tête en haut et en arrière ; des trajets fistuleux nombreux entouraient l'articulation, la suppuration était profuse, l'enfant dans un état cachectique très-avancé, accompagné de fièvre hectique et d'hypertrophie du cœur. Certes le cas n'était pas favorable à un bon résultat, néanmoins la résection fut faite, la tête du fémur, mise à nu par une vaste plaie, fut enlevée. L'enfant mourait un

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, 1832, t. I, p. 583.

(2) *Loco citato*.

(3) *Académie de médecine*, séance du 15 août 1861.

(4) Thèse de Bazire, 1859, obs. XIII.

an après, la plaie ne s'étant jamais fermée. Il n'est pas question dans l'observation de l'état du cotyle.

Le premier partisan enthousiaste de l'opération en France fut M. Sédillot (1). Il la recommande avec confiance pour les cas de coxalgie grave compromettant la vie. Il croit que l'ablation des parties malades entretenant les désordres comme corps étranger est le seul moyen de traitement pour les coxalgies avancées. Son premier opéré, âgé de trente et un ans (1858), mourait dix mois plus tard de suppuration intra-pelvienne (2).

Cet insuccès, comme celui de tous ses prédécesseurs, ne le rebuta pas, persuadé qu'il était de l'utilité de l'opération. L'école de Strasbourg tout entière se rallia à sa doctrine, Sarazin, Bœckel, Isaac, etc. Sa deuxième opération, faite le 23 juin 1865, sur un garçon de neuf ans, fut suivie d'un plein succès (3). Cette opération et celle de Bœckel (4), pratiquée le 21 février 1863 sur un garçon de huit ans et suivie d'une guérison complète, sont à notre connaissance les seuls bons résultats obtenus en France jusqu'à présent.

A Paris les opérateurs furent moins heureux. Voici le résultat de 13 opérations :

M. Gosselin, 3 opérations, 3 morts ; M. Dolbeau, 2 opérations, 2 morts ; M. Verneuil, 1 opération, 1 mort ; M. Giraudeau, 7 opérations, 5 morts, plus 2, suivies de non-guérison.

Quelle est la cause de ces insuccès ?

Nous sommes porté à croire que ces opérations ont été faites *in extremis* comme dernier moyen, sur des sujets ruinés par la maladie déjà ancienne, et arrivés à cette période où l'épuisement de la constitution ne peut supporter ni réparer les délabrements inséparables d'une telle opération. Ces chirurgiens reconnaissent, du reste, que les résultats eussent été moins funestes si l'opération eût été pratiquée à une période moins avancée de la maladie.

La discussion récente de la résection de la hanche devant la

(1) Sédillot, *Traité de méd. opér.*, 2^e édition, 1859, t. I, p. 514.

(2) Sédillot, *Évidement des os*, 1860, p. 129.

(3) Thèse du docteur Isaac. Strasbourg, 1866.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1866, n^o 48.

Société de chirurgie peut donner une idée de l'état de la question actuellement en France. Les partisans de l'opération sauront gré à M. Verneuil d'avoir provoqué un débat qui, malgré ses efforts, unis à ceux de M. Marjolin si compétent en une telle matière, a été éludé en partie, et s'est terminé sans laisser une formule nette sur l'opportunité de l'opération. M. Verneuil est d'avis que la coxalgie étant une maladie qui presque jamais ne se termine par la guérison, il est utile de mettre à l'étude une opération qui ailleurs a donné de bons résultats, et il se déclare prêt à la pratiquer à l'occasion. — M. Marjolin, après avoir insisté surtout sur les contre-indications, juge la résection applicable à un nombre de cas très-limité. M. Demarquay n'a pas rencontré dans sa pratique un seul cas opérable, peut-être l'honorable chirurgien y a-t-il toujours songé trop tard, alors que les contre-indications sont formelles. Pour M. Giraldès la résection de la hanche est une opération à conserver, mais il insiste sur les appareils à extension de Cosme, Sayre, Davis, preuve évidente qu'il prend le parti de recourir le moins possible à un moyen qui n'a pas eu dans ses mains tout le succès qu'il aurait pu en attendre. M. Guersant cite deux cas de guérison de coxalgie sans opération, un troisième cas a été vu par M. Verneuil et M. Panas. Plusieurs membres de la Société semblent se préoccuper beaucoup de la guérison, bien rare on le voit, de la coxalgie au moyen des appareils, heureux d'y trouver une contre-indication de plus à l'opération.

Pour nous, nous sommes de l'avis de Price, que l'observation fidèle et bien détaillée d'un cas où l'opération, en sauvant la vie d'un malade, lui a du même coup sauvé un membre, vaut mieux que toute discussion et toute théorie, et que la statistique est la meilleure arme contre le parti pris ou l'incrédulité.

TABLEAU STATISTIQUE.

TABLEAU STATISTIQUE DES RÉSECTIONS DE LA HANCHE.

N ^o .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
1	Langenbeck 1860.	M. 43 1/2	Coxalgie avec luxa- tion de la tête en arrière. Pas de suppuration.	Remplie de granula- tions.	Réséction de la tête.	G.	Avec moins d'un pouce de raccourcisse- ment. Les mouvements dans la nou- velle jointure se font sans douleur. Marche facile.	<i>Archiv de Langenbeck</i> , 1862, p. 361.
2	Esmarch 1860.	M. 23.	Coxalgie supprimée avec luxation spontanée.	?	Réséction de la tête.	M.	La partie inférieure du bassin fut prise de carie. Le malade quittait l'hôpital avec des fistules. Mort deux années plus tard d'épuisement.	Voelkers, <i>Archiv de Langenbeck</i> , 1863, p. 574.
3	Esmarch 1860.	M. 22.	Coxalgie supprimée.	?	Réséction de la tête.	M.	Sept jours après l'opération, d'épuise- ment.	<i>Archiv de Langenbeck</i> , 1863, p. 574.
4	Bardleben 1860.	M. 42.	Carie de la tête du fémur.	Saine.	Réséction de la tête du fémur.	G.	Premières tentatives de marche trois mois après l'opération. Le malade est vu trois ans plus tard parfaitement guéri avec une mobilité étendue dans la jointure, marche facile. Raccourcis- sement 3 centimètres 1/2.	Eulenburg, <i>Greifswal- der Beiträge</i> , Bd. II. Hft. I. S. 72. <i>Archiv de Langenbeck</i> .
5	Spencer 1860.	M. 43.	Coxalgie supprimée par refroidisse- ment. 2 semai- nes avant l'opé- ration le fémur se fracturait près de son milieu.	Cariée et fut gougée.	La partie du fémur au-dessus du ni- veau de la frac- ture est enlevée. En tout 8 1/2 à 9 pouces. Le pé- rioste, qui est en grande partie dé- taché de l'os, est conservé.	G.	Quatre ans après l'opération le malade est dans la santé la plus parfaite, il marche sans support, monte à cheval, et la mobilité dans la nouvelle joint- ure est presque parfaite.	<i>Americ. Journ. of the Med. Scienc.</i> , 1865. Tableau de J.W. Lyon. Hartford Conn.

ANALYSE DES OS. — Les os de la hanche et du bassin ont été examinés par M. le Dr. J. W. Lyon, de Hartford, Conn. Les os ont été trouvés sains, sauf la carie de la tête du fémur, qui a été réséquée. Les os ont été conservés et envoyés à M. le Dr. J. W. Lyon, de Hartford, Conn. Les os ont été trouvés sains, sauf la carie de la tête du fémur, qui a été réséquée. Les os ont été conservés et envoyés à M. le Dr. J. W. Lyon, de Hartford, Conn.

6	Sayre 1860.	M. 4.	Coxalgie avec ab- cès. Chute il y a 2 ans.	Malade (sic).	La tête du fémur et la cavité cotyloïde sont reséquées.	G.	Au bout de deux ans. La hanche est en parfait état; marche facile à l'aide d'une canne, raccourcissement 1 pouce 1/2.	<i>Trans. of Amer. Med. Assoc.</i> , 1860. M. Lyon, <i>loc. cit.</i>
7	Humphry 1860.	M. 8.	Coxalgie aiguë suite de chute il y a 8 mois. Matité aux deux som- mets des pou- mons.	Cariée.	Section au-dessous du grand trochan- ter et la cavité cotyloïde est gou- gée.	M.	Trois mois après l'opération. Les deux poumons sont remplis de tubercules avec cavernes à chaque sommet.	<i>Med. Times et Gazette</i> , 1861. April 27, p. 444.
8	T. Smith 1860.	Enfant.	Carie de l'articu- lation et du bas- sin. Absès.	?	Réséction.	M.	Deux mois après l'opération. Autopsie : tubercules aux deux sommets des poumons, phlébite diffuse du membre opéré.	<i>Med. Times and Gaz.</i> , 1863. I. March. 28, p. 319.
9	J. R. Wood 1860.	M. 17.	Carie depuis un an.	?	La tête, le col, les trochanters et 2 pouces du corps du fémur sont en- levés.	G.	Trois ans et demi après l'opération le malade marche sans support, la mo- bilité de la hanche est bonne. Le ma- lade est cocher, monte et descend du siège sans difficulté.	<i>American Medic. Times</i> , Febry 2, 1861. M. Lyon, <i>loc. cit.</i>
10	A. B. Mott 1860.	F. 12.	Carie. Cause occa- sionnelle chute il y a 4 ans. Tra- jets fistuleux. Marasme pro- fond.	Cariée.	La tête, le col et le grand trochanter sont enlevés. La cavité cotyloïde ne fut pas tou- chée.	G.	Six mois après l'opération la plaie est complètement fermée. La malade mar- che à l'aide d'une attelle; la mobilité est bonne; raccourcissement de 2 pouces.	M. Lyon, <i>loc. cit.</i>
11	V. Dumreicher 1860.	F. 19.	Coxalgie. Luxation spontanée de- puis 5 mois.	?	La tête et le col sort enlevés.	G.	La mobilité sur le bassin est revenue. Le raccourcissement est de 2 pouces. Cinq mois après, la malade marchait sans béquilles.	<i>Gurtl's Jahresbericht</i> (<i>Arch. de Langen- beck</i>), 1862, p. 548.
12	v. Dumreicher 1860.	M. 21.	Carie de la tête du fémur avec luxa- tion spontanée.	?	Réséction de la tête et du col du fémur. Évidement du grand trochanter.	G.	Premières tentatives de marche deux mois après l'opération. Plus tard la démarche devint si facile que le malade pouvait sans peine parcourir de grandes distances avec l'appui d'une canne.	<i>Gurtl's Jahresbericht</i> (<i>Arch. Langenbeck</i>), 1862, p. 548.

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
43	Parsons 1860.	M. 30.	Coxalgie suppurée datant de dix mois. Chute.	Malade (sic).	Section du fémur au- dessous du grand trochanter. La ca- vité cotyloïde est gougée.	M.	Douze semaines après l'opération, d'épuisement et de carie vertébrale (?).	<i>Lancet</i> , Nov. 1860, p. 511.
44	De Morgan 1860.	M. 24.	Coxalgie suppurée depuis peu de temps. Luxation spontanée.	Presque saine.	La tête et le col presque entière- ment désorganisés sont enlevés avec la scie à chaîne.	G.	Tube à drainage maintenu dans la plaie. Plusieurs attaques d'érysipèle. Guérison en sept mois et demi. Le malade marche à l'aide d'une canne.	<i>Lancet</i> , 1861. Janv 26, p. 85.
45	Ure 1860.	M. 44.	Coxalgie suppurée depuis 7 mois. Prostration ex- trême.	La membra- ne syno- viale est fongueuse et le liga- ment rond n'existe plus.	La tête et le col sont enlevés avec des cisailles.	M.	Vingt jours après l'opération, d'épuisement.	<i>Lancet</i> , 1860. May 5, p. 443.
46	Billroth	7.	Enfant chétif. Coxalgie avec abcès et <i>febris</i> <i>remittens</i> .	?	Ouverture de l'abcès et résection de la tête du fémur.	G.	Fièvre jusqu'au vingt-deuxième jour. Le deuxième jour la température s'éleva à 40° 4 ; pas d'indications sur l'état du membre.	<i>Archiv de Langenbeck</i> , 1861, p. 374.
47	Gordon Buck 1861.	F. 20.	Carie depuis deux ans et demi. Abscess.	Le rebord de la ca- vité est malade.	La section est faite au-dessus du petit trochanter. Le bord de la cavité cotyloïde est gou- gée.	M.	La malade mourut d'épuisement deux ans et dix mois après l'opération, sans que la plaie se fût fermée.	<i>Amer. Med. Times</i> . March 23, 1861, et Lyon, loc. cit.

20. / *Future* 1861. / 21. / *Garis, abscess. Sup-* / Le rebord / La section est faite au / M. / De suppuration continue, quatre mois / *Records of St. Luke's*
20. / *Future* 1861. / 21. / *Garis, abscess. Sup-* / Le rebord / La section est faite au / M. / De suppuration continue, quatre mois / *Hospital, New-York.*

48	Peters 1861.	M. 20.	Carie, abcès. Sup- puration pro- fuse. Chute il y a 48 mois.	Le rebord cotyloïde est carié.	La section est faite au niveau du grand trochanter. Le re- bord de la cavité cotyloïde est gou- gé.	M.	De suppuration continue, quatre mois après l'opération.	<i>Records of St Luke's Hospital, New-York. Lyon, loc. cit</i>
49	Berend 1861.	M. 44.	Carie scrofuleuse avec abcès de- puis un an.	Saine.	Réséction de la tête et du grand tro- chanter.	G.	En cinq mois. Le malade est présenté à la soc. méd. de Berlin; le membre supporte bien le poids du corps; la flexion de la cuisse sur le bassin peut se faire à angle droit. Marche à l'aide d'un bâton. Raccourcissement 4 ponce 1/4.	<i>Eilfter Bericht ü. d. gymn. orth. Inst. Berlin, 1863.</i>
20	Pagenstecher 1861.	M. 43.	Coxalgie supprimée datant de 4 ans.	Aplatie.	Section de l'os près du grand tro- chanter.	G.	Au bout de cinq mois. Le malade peut fléchir la cuisse horizontalement. Rac- courcissement de 2 ponces.	<i>Archiv Langenbeck, 1861, p. 312.</i>
24	Pagenstecher 1861.	M. 15.	Malade seulement depuis six se- maines. Nécrose de l'articulation, trajet fistuleux.	Nécrosée.	La tête, le col et le tiers supérieurs du fémur nécrosés sont enlevés.	M.	Le douzième jour.	<i>Archiv de Langenbeck, 1861, p. 315.</i>
22	Beck 1861.	M. 21.	Suppuration de l'articulation, suite de refroi- dissement. Du- rée de la ma- ladie 51 jours.	Bord carié, ligament rond dé- truit.	Réséction de la tête cariée. La cavité cotyloïde, quoique malade, ne fut pas touchée.	M.	Le sixième jour. Autopsie : perforation de la cavité cotyloïde; abcès du bassin; caillots emboliques des veines fémoro- rales, poplitées et tibiales.	<i>Deutsche Klinik, 1861, p. 395.</i>
23	Jacobi 1861.	M. 4.	Carie de l'articula- tion avec abcès. Chute datant de 4 ans.	Cariée.	Réséction de la tête du col et de la cavité cotyloïde.	G.	Le malade est vu trois ans après l'opé- ration, marche et court sans support.	<i>Amer. Med. Times, 1861. Lyon, loc. cit.</i>

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
24	Sayre 1861.	F. 10.	Coxalgie suppurée avec trajets fistuleux. Chute sur la hanche datant de 18 m.	Cariée.	Section au-dessous du petit trochanter et cavité cotyloïde gougée.	G.	Au bout de un an et demi avec bonne mobilité dans la hanche, marche sans support, raccourcissement $4\frac{1}{2}$ pouce.	Sayre et Lyon, <i>loc. cit.</i>
25	Krackowizer 1861.	F. 4.	Coxalgie double ayant débuté à gauche en 1859, à droite en 1861.	?	Ankylose partielle de la tête avec la cavité cotyloïde du côté droit. Résection au-dessus du grand trochanter.	M.	La plaie qui ne se fermait pas fut atteinte de diphthérie deux mois après l'opération. Quatre jours plus tard la maladie apparut à la gorge. Mort deux jours après.	Opérateur et Lyon, <i>loc. cit.</i>
26	Küchler (Darmstadt) 1861.	M. 6.	Coxalgie avec trajets fistuleux datant de 2 ans.	Saine (?)	Résection de la tête cariée.	M.	D'épuisement quelques mois après l'opération. A l'autopsie on trouvait une nécrose du fond de la cavité cotyloïde.	<i>Deutsche Klinik</i> , 1867, p. 129, n ^o 14.
27	Langenbeck 1861.	M. 10.	Coxalgie suppurée depuis 4 ans. Luxation spontanée.	?	Résection de la tête cariée.	M.	Au bout de quatorze jours, d'une pyohémie qui avait pour origine un caillot embolique de la veine fémorale.	D ^r A. Lücke, <i>Archiv de Langenbeck</i> , 1862, p. 360.
28	Bryant 1861.	M. 5.	Coxalgie suppurée depuis 2 ans. Trajets fistuleux	Dépourvue de cartilage mais l'os est sain.	Section de l'os au-dessous du grand trochanter. La tête est déjà détachée de sa diaphyse.	G.	Le malade est vu trois ans après l'opération parfaitement guéri; il marche et court sans support; avec mobilité par- faite dans la hanche. Raccourcissement 2 pouces.	<i>Lancet</i> , 1862. July 12. Ditto, 1866. Jany.
29	Folker 1861.		Cariet très-avancée.	Cariée.	Lésions trop avancées pour qu'on puisse tout enlever.	M.	Dix semaines après l'opération.	<i>Med. Times and Gaz.</i> , 1861. Aug. 10, p. 132.

20 / Sayre / M. / Chute il y a 6 ans. / 7 / Une première sec. / Le malade se portait bien jusqu'au moment de l'opération.

30	Sayre 1861.	M. 10.	Chute il y a 6 ans. Trajets fistuleux nombreux. Fièvre hectique et amaigrissement extrême. Anky- lose de la tête avec l'os iliaque.	?	Une première sec- tion est faite au niveau du petit trochanter. La ca- rie s'étendant vers le corps du fémur il fallut pratiquer une 2 ^e section de 2 pouces sur le corps du fémur.	M.	Le malade se portait bien jusqu'au neu- vième jour, quand il fut pris de té- tanos dont il mourut le quinzième jour.	Sayre. Lyon, <i>loc. cit.</i>
31	A. B. Mott 1861.	M. 24.	Trajets fistuleux depuis 6 ans. Grande prostra- tion des forces et fièvre hectique.	?	Réséction au-dessous du petit trochan- ter. La cavité co- tyloïde ne fut pas gougée.	M.	D'épuisement au bout d'un mois.	Lyon, <i>loc. cit.</i>
32	Sayre 1861.	F. 10.	Suppuration pro- fuse, marasme très-prononcé. Fièvre hectique. Malade depuis 2 ans.	Perforée.	La tête fut trouvée à peu près résorbée. La réséction est faite au-dessous du petit trochanter et la cavité coty- loïde est gougée.	G.	La plaie était parfaitement guérie deux ans après l'opération. La malade est en bonne santé. Elle marche sans sup- port, mais se sert ordinairement d'un bâton et d'un soulier à semelle de liège de 3 pouces d'épaisseur à cause du raccourcissement du membre.	Sayre. Lyon, <i>loc. cit.</i>
33	Bardeleben 1861.	M. 14.	Carie étendue de la tête du grand trochanter et du bassin.	Malade (sic).	La tête, le col et le grand trochanter sont enlevés. Ex- traction des mor- ceaux nécrosés de la cavité coty- loïde.	M.	D'épuisement le vingt-sixième jour.	Eulenburg, <i>loc. cit.</i>
34	Simon (Rostock) 1861.	M. 39.	Carie de l'articu- lation. Grand épuisement.	Cariée.	Réséction au-dessous du grand trochan- ter.	M.	Deux jours après d'épuisement.	<i>Deutsche Klinik</i> , 1866, p. 265.

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
35	Tewksbury 1862.	M. 6.	Chute il y a 2 ans. Six trajets fistuleux, émaciation. Fièvre hectique.	?	1/2 pouce au-dessous du petit trochanter.	G.	Le malade marchait sans support un an après l'opération. Le membre avait tous les mouvements de l'articulation normale. Le malade pouvait danser et fléchir la cuisse de sorte que le genou touchait le menton. Le raccourcissement est de un pouce et un quart.	<i>Records of the Main Med. Assoc.</i> Jun. 1863. Lyon, loc. cit.
36	Sayre 1862.	M. 9.	Coup de pied il y a 3 ans. Plusieurs trajets fistuleux. Cachexie profonde.	Cariée.	La section fut pratiquée immédiatement au-dessus du petit trochanter. La cavité cotyloïde fut gougée.	G.	La plaie était fermée au bout de quatre mois. Deux ans plus tard l'articulation est en bon état, le malade marche bien à l'aide d'une canne. Raccourcissement un pouce et demi.	Sayre. Lyon, loc. cit.
37	Sayre 1862.	F. 13.	Chute sur le grand trochanter il y a 2 ans. Trajets fistuleux. Suppuration abondante.	Perforée.	La tête et le col presqu'entièrement résorbés. Section entre les deux trochanters.	G.	Deux ans après l'opération la malade marche bien à l'aide d'une canne. Mobilité considérable dans la nouvelle articulation. Raccourcissement de 2 pouces. Santé parfaite.	Sayre. Lyon, loc. cit.
38	Le Gros Clark 1862.	M. 8.	Garçon strumeux. Coxalgie avancée. Luxation spontanée.	?	Réséction de la tête et du col du fémur.	G.	Plaie guérie. Santé bonne. Rien sur l'état du membre.	<i>Lancet</i> , 1862. July 12. Communication privée, 1868.
39	Hulke 1862.	F. 4.	Coxalgie suppurée. État général mauvais.	Le rebord est carié.	Réséction de la tête, du col et de la cavité cotyloïde.	M.	De diarrhée et de suppuration profuse quatre mois après l'opération.	<i>Med. Times and Gaz.</i> 1863. May 2.

36 / 14 1/2. / 1862. / Garçon de l'articulation. / Cariée. / Réséction de la tête et du col du fémur. / G. / Au bout de six mois. Le malade marche à l'aide d'une canne et est en bon état.

40	Simon 1862.	F. 44 1/2.	Carie de l'articu- lation. Grand épuisement.	Cariée.	Réséction au-dessous du grand tro- chanter.	G.	Au bout de six mois. La malade marche à l'aide de deux bâtons et elle se sert très-bien de son membre. Raccourcis- sement de 4 pouces.	<i>Deutsche Klinik</i> , 1866, p. 265.
41	Bardleben 1862.	M.	Carie de l'articu- lation et sur quelques points du fémur.	Cariée.	Réséction de la partie supérieure du fé- mur.	M.	Au bout de vingt-cinq jours, d'épuise- ment et de fusées purulentes du bassin.	Eulenburg, <i>loc. cit.</i>
42	Langenbeck 1862.	M. 45.	Coxalgie avec carie de la tête fémor- ale.	?	Réséction de la tête.	M.	Sept mois après l'opération.	Dr C. Hüter, <i>Archiv de Langenbeck</i> , 1867, p. 103.
43	Krackowizer 1862.	F. 34 1/2.	Carie depuis 1 an. Grande prostra- tion des forces.	Cariée.	Section au-dessous du grand trochan- ter et de la cavité cotyloïde.	M.	Le trente-neuvième jour, de méningite tuberculeuse.	<i>Trans. N. Y. Path. Soc</i> et Lyon, <i>loc. cit.</i>
44	Krackowizer 1862.	M. 74 1/2.	Suppuration de l'ar- ticulation. Es- chares. Éma- ciation.	Le rebord est malade.	Section du fémur au-dessous du pe- tit trochanter.	M.	Par suite du progrès du mal, au bout de quatre mois.	<i>Ibid.</i>
45	Raphaël 1862.	M. 44.	Trajets fistuleux autour de la jointure depuis 48 mois.	Malade.	Réséction de la tête et du col. La ca- vité cotyloïde est gougée et les mus- cles contracturés sont divisés.	G.	Le malade marchait à l'aide des béquilles deux mois après l'opération; et six mois plus tard sans support, avec mo- bilité considérable dans la nouvelle jointure. Raccourcissement de trois quarts de pouces.	Raphael et Lyon.
46	Buck 1862.	F. 7.	Abcès et trajets fistuleux autour de la hanche depuis plusieurs années.	?	Section de l'os entre les deux trochan- ters.	M.	Du choc de l'opération, par épuisement nerveux.	<i>Records of St Luke's Hospital Rep. New- York.</i> Lyon, <i>loc. cit.</i>

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
47	Holmes 1862.	M. 7.	Coxalgie droite sup- purée.	Rebord carié.	Section au-dessous du grand trochan- ter, le sourcil de la cavité cotyloïde est gougé.	M.	Suppuration de la hanche gauche trois semaines après l'opération. Mort quel- ques mois plus tard de phthisie pul- monaire.	<i>Lancet</i> , Aug. 27, 1864.
48	Holmes 1862.	F. 4 1/2.	Chute il y a 2 ans. Carie de l'arti- culation. Pas de luxation.	Superficiel- lement ulcérée.	Section au-dessus du petit trochan- ter. Le cotyle est gougé.	G.	Marche avec un quart de pouce de rac- courcissement. Mobilité parfaite dans la hanche. Cette malade est morte de pneumonie accidentelle; la nouvelle jointure est parfaitement organisée.	<i>Transact. of Pathol. Soc. of London</i> , vol. XIV, p. 224.
49	Sayre 1862.	F. 7.	Chute il y a 2 ans. Pas de trajets fistuleux mais un large abcès en communica- tion avec l'arti- culation.	Cariée.	Section entre les deux trochanters. La tête et le col étaient en partie résorbés. La ca- vité cotyloïde fut gougée.	G.	La plaie fut presque guérie au bout de deux mois. Un an plus tard la guérison est parfaite. Marche sans support.	Sayre et Lyon.
50	Carnochan 1862.	M. 45.	Trajets fistuleux en communication avec l'articula- tion depuis 2 ans et demi.	?	La partie de l'os en- levé mesurait 3 pouces 3/4, toute la portion malade était ainsi exci- sée.	G.	Onze mois après l'opération le garçon se servait parfaitement de son membre marchant à l'aide d'une canne. Rac- courcissement 2 pouces 1/2.	Carnochan et Lyon.
51	Dolbeau 1862.	M. 17.	Coxalgie supprimée.	Dépourvue de cartilage.	Section au-dessous du grand trochan- ter; la cavité co- tyloïde est rugi- née et cautérisée.	M.	Le septième jour, d'épuisement.	<i>Gaz. des hôp.</i> , 1862, p. 415.

52	Bardeleben 1862.	M. 28.	Carie de la tête et du col.	Perforée en haut et en arrière.	Réséction de la tête, du col et d'une partie du grand trochanter.	G.	Cinq mois après l'opération le malade marche et se sert bien du membre malade. Mobilité dans la nouvelle arti- culation.	Eulenburg, <i>loc. cit.</i>
53	Langenbeck 1863.	F. 4 1/2.	Coxalgie suppurée.	?	Réséction de la tête.	M.	Trois mois après l'opération.	C. Hueter, <i>Arch. Lan- genbeck</i> , 1867, p. 103.
54	Langenbeck 1863.	M. 23.	Coxalgie suppurée.	Cariée.	La tête est déjà dé- tachée du col. Ré- section au-dessous du grand trochan- ter.	M.	Le dix-huitième jour, d'épuisement.	Ditto, <i>Arch. Langen- beck</i> , 1866, p. 815.
55	Boeckel 1863.	M. 8.	Coxalgie suppurée depuis 10 mois.	Saine.	Section au-dessous du petit trochan- ter (le grand tro- chanter est sain).	G.	Complète au bout de dix-huit mois. Le malade marche bien et la nouvelle articulation permet les mouvements du membre. Raccourcissement de 3 centimètres.	<i>Gaz. des hôp.</i> , 1866, N° 18, le 13 fév.
56	Gillespie.	F. 19.	Coxalgie suppurée depuis plusieurs années. Luxa- tion spontanée.	?	La tête et le col dés- organisés par la carie sont resé- qués.	M.	Le neuvième jour, de nécrose aiguë du corps du fémur.	<i>Edinburgh Medical Journal</i> , 1864, p. 1050. May.
57	Barwell 1863 (6 mars).	F. 8 1/2.	Coxalgie datant de 3 ans. Absès intra-pelvien.	Molle et rougeâtre.	La section de l'os est pratiquée près du col. La cavité co- tyloïde fut perfo- rée donnant issu à un écoulement de pus venant du bassin.	G.	La plaie se guérit rapidement après l'éli- mination de quelques séquestres. Pre- mières tentatives de marche au bout de cinq mois. Marche à l'aide d'une cane treize mois après.	Inédite.

63	Bardleben 1863.	M. 2.	Carie de la tête du fémur d'un an.	Saine.	Résection de la tête.	M.	L'enfant quittait l'hôpital trois mois et demi après l'opération, parfaitement guéri. Il est mort quelque temps après de méningite tuberculeuse.	Eulenburg, <i>loc. cit.</i>
64	Bardleben 1863.	M. 40.	Carie datant de 24 mois.	Cariée et perforée.	Résection au-dessus du grand trochan- ter.	M.	Après dix semaines, de carie du bassin. A l'autopsie on trouvait des tuber- cules dans les poumons et l'intestin.	<i>Ibid.</i>
65	Krackowizer 1863.	M. 43.	Plusieurs trajets fistuleux. Sup- puration pro- fuse. Cachexie.	Cariée.	Section au-dessous des deux trochan- ters. La cavité co- tyloïde et le pubis sont gougés.	M.	D'épuisement soixante-dix jours après l'opération.	Krackowizer. Lyon, <i>loc. cit.</i>
66	Krackowizer 1863.	F. 7 1/2.	Chute il y a 14 mois. La condition du malade au mo- ment de l'opé- ration est favo- rable.	Perforée.	Section de l'os entre les deux trochan- ters, la cavité co- tyloïde est gou- gée.	G.	Raccourcissement de 1 pouce 1/2. Mo- bilité parfaite dans la nouvelle join- ture. Quinze mois plus tard la plaie est complètement cicatrisée et la ma- lade marche bien sans support.	<i>Ibid.</i>
67	Sayre 1863.	M. 40.	Chute il y a 2 ans. État général du malade miséra- ble.	Perforée.	Section du fémur entre les deux tro- chanter. La ca- vité cotyloïde fut gougée.	G.	La plaie était tout à fait guérie au bout de cinq mois. Un an après l'opération le malade marche bien sans support avec mobilité presque normale. Rac- courcissement d'un pouce.	Sayre. Lyon, <i>loc. cit.</i>
68	Busch 1863.	M. 20.	Coxalgie suppurée datant de 5 mois. Signes de phthi- sie.	Cariée.	La tête et la cavité cotyloïde sont re- séquées.	M.	Au bout de dix-huit mois, de phthisie pulmonaire.	Doutrelepon, <i>Berl. klin. Wochenschr.</i> 1866, n° 35, et com- munication de l'au- teur, 1868.
69	Gosselin 1863.	M. 47.	Coxalgie suppurée avancée.	Cariée.	Résection au-dessous du grand tro- chanter.	M.	D'épuisement peu de temps après l'opé- ration.	Communication de l'au- teur, 1868.

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
70	Holmes 1864.	F. 10 1/2.	Coxalgie avancée. Trajets fistu- leux.	Couverte de bourgeons charnus.	Tête trouvée séparée du col. Résection au - dessus du grand trochanter.	G.	Complète avec usage du membre; vue deux ans et demi plus tard en santé excellente. Marche parfaite. Raccour- cissement d'un pouce et demi.	<i>Lancet</i> , 1864. Nov. 5, p. 517. <i>Lancet</i> , 1866. Feby 24, p. 205.
71	Holmes 1864.	M. 7.	Coxalgie suppurée. Ulcération de la tête du fémur et du col.	Un point du sourcil fut gougée.	Résection de la tête du fémur et du col.	G.	La mobilité de la nouvelle articulation est bonne. Il marche à l'aide d'un sou- lier à haut talon sans autre support.	<i>Lancet</i> , 1864, vol. II, p. 517.
72	Holmes 1864.	M. 10.	Coxalgie dantant d'un an. Abcès. Crépitation.	Cariée.	Section de l'os au niveau du grand trochanter. La ca- vité cotyloïde fut perforée avec la gouge.	C.	Au bout d'un an et demi. Le malade marche à l'aide d'une botte à haut talon sans fatigue ni douleur. Rac- courcissement d'un pouce et demi.	<i>Lancet</i> , 1864, Nov. 5. <i>Ibid.</i> , 1866. Feby 24.
73	Holmes 1864.	F. 6 1/2.	Coxalgie suppurée très-avancée.	Perforée.	Section au niveau du grand trochanter.	M.	Le septième jour, de pyohémie. Le poids du corps était 21 livres 3/4.	<i>Lancet</i> , 1864, vol. II, p. 517.
74	R. Davies 1864.	F. 6 1/2.	Carie de l'articu- lation dantant de 3 ans.	?	Résection de la tête du fémur et du col.	M.	De diarrhée, trois mois et demi après l'opération. L'autopsie démontrait une nouvelle articulation presque parfaite.	<i>Lancet</i> , 1865, vol. I. Jany 28, p. 93.
75	Simon 1864.	M. 19.	Carie de l'articula- tion, suite d'une plaie par pi- qûre.	?	Résection de la partie supérieure du fé- mur.	M.	Le troisième jour après l'opération, de septicémie.	<i>Deutsche Klinik</i> , 1866, p. 265.

76	Bardeleben 1864.	M. 44.	Malade depuis très-peu de temps. Carie de la tête. <i>Pas de crépitation.</i>	Saine.	Section au-dessous du grand trochanter.	M.	Le vingt-deuxième jour, avec des phénomènes rapides d'œdème pulmonaire. A l'autopsie on trouve la cavité cotyloïde cariée et une infiltration du muscle psoas.	<i>Arch. de Langenbeck</i> , 1866, p. 746. Observation donnée par M Eulenburg de Greifswald.
77	Bardeleben 1864.	M. 23.	Carie scrofulo-rhumatismale depuis 6 mois avec abcès, mais <i>sans crépitation.</i>	Saine.	La tête et le col cariés sont enlevés. Le ligament rond était sain.	M.	Le cinquante et unième jour, d'épuisement et de tubercules pulmonaires.	<i>Ibid.</i>
78	Bardeleben 1864.	M. 7.	Coxalgie datant de six mois, <i>pas d'abcès ni de crépitation.</i>	Saine.	Section au niveau du grand trochanter. La diaphyse du fémur est malade, mais ne fut pas réséquée.	M.	Le quarante-neuvième jour, d'épuisement.	<i>Ibid.</i>
79	Gant 1864.	M. 26.	Suppuration. Luxation spontanée. Trajets fistuleux. Chute datant de 4 ans.	Malade (sic).	Réséction au-dessous du grand trochanter. Évidement du fémur dans une étendue d'un pouce. Carie de la branche horizontale du pubis.	G.	Au bout de trois mois le malade marchait à l'aide de béquilles. Deux ans et demi plus tard sans support.	<i>Med. Times and Gaz.</i> , 1865, p. 220. Communication de M. Gant à l'auteur, 1868.
80	Gant 1864.	M. 5.	Carie datant de 2 ans suite de chute. Trajets fistuleux.	Malade (sic).	Section au-dessous du grand trochanter. La cavité cotyloïde est gougée.	G.	Au bout de trois mois. L'enfant se sert bien du membre.	<i>Med. Times and Gaz.</i> , 1865, vol. II, p. 220.
81	Gant 1864.	M. 8.	Coxalgie par refroidissement datant de 5 ans. Trajets fistuleux.	Dénudée de son cartilage.	Réséction à 1 pouce au-dessous du grand trochanter.	G.	L'enfant marche à l'aide d'une béquille au bout de trois mois; le membre supporte le poids du corps. Mobilité dans la hanche.	<i>Ibid.</i>

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
82	Sayre 1864.	M. 9.	Suppuration de l'articulation suite de chute datant de 5 ans.	Perforée.	Section entre les deux trochanters. La cavité cotyloïde ne fut pas touchée.	M.	De diarrhée au bout de deux mois.	Sayre et Lyon, <i>loc. cit.</i>
83	Wood 1864.	M. 34.	Coxalgie sans trajets fistuleux datant de 2 ans. État général bon.	Malade (sic).	Section de l'os au-dessus du petit trochanter. La cavité cotyloïde ne fut pas touchée.	M.	Le vingt-quatrième jour de pyohémie.	<i>Records of Bellevue Hosp.</i> Lyon, <i>loc. cit.</i>
84	Barwell 1864 (16 juillet).	M. 15.	Coxalgie très-avancée. Opération refusée la première fois. Abcès du bassin.	Cariée.	Réséction de la tête du fémur. Au moment de l'opération il sortit un flot de pus par le cotyle perforé.	M.	D'épuisement et de diarrhée le trente-septième jour. L'abcès intra-pelvien s'était vidé par le rectum ulcéré.	Inédite.
85	Gosselin 1864.	M. 48.	Coxalgie très-avancée.	Cariée.	Section au-dessous du grand trochanter.	M.	D'épuisement quelque temps après l'opération.	Communication orale, 1868.
86	Dolbeau 1864.	F. 3.	Carie de la tête du fémur.	?	Réséction de la tête.	M.	Huit mois après l'opération. A l'autopsie on trouvait le corps du fémur carié et une vaste perforation du cotyle. Tubercules à la base du poulmon.	<i>Gazette des hôpitaux</i> , n° 127, 1865.
87	Busch 1864.	F. 16.	Coxalgie. Abcès. Pas de crépitation.	Cariée.	Réséction de la tête et du col. Application du fer rouge sur la cavité cotyloïde.	M.	Quinze mois après. La carie s'était étendue à tout le bassin. Tubercules des poulmons, dégénérescence graisseuse du foie, des reins et de la rate.	Doutrelepoint, <i>Berlin. klin. Wochenschrift</i> , 1866, n° 35.

88	Ried 1864.	M. 47.	Luxation sponta- née, abcès de l'articulation.	?	Résection de la tête du fémur.	G.	En huit mois. Marche à l'aide d'un sou- lier à haut talon. Raccourcissement de 2 pouces.	<i>Cfr. Cfr. Kretschmar- diss. Iena, 1867. Dr Lucas Siebert, Iena, 1868.</i>
89	Szymanowski.	F. 58.	Coxalgie ancienne. Luxation spon- tanée. Trajets fistuleux.	Le rebord est carié.	Résection au-dessous du grand trochan- ter et rugination du sourcil coty- loïdien.	G.	Au bout d'un an. Les mouvements sont bons; elle peut fléchir le membre presque à angle droit. Raccourcisse- ment 3 pouces.	<i>Arch. de Langenbeck, 1865, p. 787.</i>
90	Barwell 1865.	M. 7.	Carié de l'articu- lation.	?	L'excision de la ca- vité cotyloïde est pratique pour donner issue à un abcès du bassin.	G.	Avec trois quarts de pouce de raccourcis- sement. C'est grâce à l'abduction dans laquelle le membre fut mis et retenu pendant toute la durée du traitement dans l'appareil de Barwell, que la gué- rison s'est effectuée avec si peu de raccourcissement. (Voyez planche.)	<i>Lancet, 1866. et auteur.</i>
91	Barwell 1865.	M. 7.	Carié et luxation spontanée.	?	Résection de la tête du fémur.	G.	Avec 2 pouces $\frac{1}{4}$ de raccourcissement. L'impossibilité de maintenir le membre dans l'abduction pendant les soins consécutifs, à cause de l'indocilité du malade, a amené un raccourcissement aussi considérable. (Voyez planche.)	<i>Ibid.</i>
92	Mac Gregor 1865.	M. 47.	Coxalgie supprimée datant de 2 ans.	Saine.	Section de l'os au- dessous du grand trochanter.	G.	Au bout de cinq mois. Marche à l'aide d'une canne. Très-peu de raccourcis- sement. Terminaison par ankylose.	<i>Edinb. Med. Journ. Dec. 1865.</i>
93	Bergmann (Dorpat).	M. 42.	Carié depuis 3 ans avec 5 trajets fistuleux, carié de l'ischion.	Perforée.	Résection au-dessous du grand trochan- ter. Plusieurs frag- ments de l'ischion sont enlevés.	M.	Le seizième jour, d'épuisement. Autopsie; abcès au-dessous des muscles fessiers communiquant avec l'intérieur du bas- sin à travers l'échancrure sciatique.	<i>St Petersburg. med. Zeitschr. Bd. VIII, p. 429, 1865.</i>

Nos.	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
94	Bergmann	M. 15.	Coxalgie suppurée. 4 trajets fistu- leux. Luxation. <i>Pas de crépita- tion.</i>	Remplie de bourgeons sanieux.	Réséction au-dessous du petit trochan- ter.	M.	Le sixième jour, d'épuisement et d'ostéo- myélite du fémur et du bassin.	<i>St Petersb. med. Zeitschr. Bd. VIII, p. 129, 1856.</i>
95	Gosselin 1865.	M. 40.	Coxalgie très- avancée.	Cariée.	Réséction au-dessous du petit trochan- ter.	M.	D'épuisement, quelque temps après l'opé- ration.	Communication orale, 1868.
96	Simon 1865.	M. 6.	Carié de l'articu- lation. Luxation spontanée. Grand épuisement.	Cariée.	Réséction de la tête du fémur.	G.	Avec usage parfait du membre. Le ma- lade marche sans support. Raccourcis- sement d'un pouce et demi.	<i>Deutsche Klinik, 1866, p. 265.</i>
97	Blasius 1865.	M. 9.	Suppuration de l'ar- tication.	Non cariée.	Réséction de la tête du fémur.	M.	Le seizième jour d'épuisement.	<i>M. Schede diss. Inaug. Med. Halls Saxonum, 1866.</i>
98	Sédillot 1865.	M. 9.	Coxalgie suppurée suite de coups.	Superficiel- lement cariée.	Réséction de la tête et d'une partie du col du fémur. La cavité cotyloïde est ruginée.	G.	Quatorze mois après l'opération. Mobi- lité dans la nouvelle articulation. Rac- courcissement 2 centimètres. La fai- blesse du membre exige encore l'usage de béquilles. Le malade va bien en 1868.	Thèses des ¹ rs Isaac de Strasbourg et Sarazin.
99	Giraldès 1865.	F. 8.	Coxalgie très-avan- cée. Épuisement extrême.	Cariée.	Réséction au-dessous du grand trochan- ter, la tête du fé- mur fut trouvée détachée du col.	M.	Le quatrième jour, d'hémorrhagie.	Communication de l'opérateur.

N ^{os} .	NOM DU CHIRURGIEN. — DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE et AGE.	MALADIE. CAUSE. DURÉE. COMPLICATIONS.	ÉTAT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.	BIBLIOGRAPHIE.
408	Küchler.	F. 34.	Carie et luxation spontanée de la tête du fémur.	Peu malade (sic).	Réséction de la tête du fémur.	M.	Le treizième jour après l'opération, d'œdème pulmonaire et d'épuisement.	<i>Deutsche Klinik</i> , 1867. N ^o 14, p. 129.
409	Giraldès 1867.	M. 9.	Luxation spontanée.	Saine.	Réséction de la tête.	M.	D'épuisement, six mois plus tard.	<i>Maladies chir. des enfants</i> , 1868. Bourneville et Bourgeois.
410	Pick 1867.	F. 11.	Coxalgie depuis 6 ans, abcès et fistules autour de la hanche depuis 2 ans.	Saine.	Au-dessous du grand trochanter.	G.	Un an après l'opération l'enfant pouvait marcher 2 milles sans support. La mobilité dans la nouvelle jointure est parfaite. Raccourcissement d'un pouce.	<i>Lancet</i> , Nov. 4, 1868, p. 635.
411	Verneuil 1868.	M. 23.	Coxalgie suppurée depuis 2 ans. Subluxation de la tête.	Dénudée et remplie de fongosités.	Réséction de la partie supérieure du fémur et cautérisation de la cavité cotyloïde.	M.	Le quatrième jour. L'autopsie démontra qu'il existait, depuis le pli de l'aîne jusqu'au bas du pied, un phlegmon diffus sous-cutané qui avait été marqué par l'œdème considérable du membre.	<i>Société imp. de chirurgie</i> , séance du 14 oct. 1868. <i>Gaz. des hôp.</i> N ^o 133, 1868.
412	Pick 1868.	M. 5.	Coxalgie. Chute sur la hanche. Abcès depuis 18 mois. Luxation spontanée.	Malade (sic).	Réséction des parties malades.	G.	Raccourcissement d'un pouce. Mobilité dans tous les sens. A cause d'une tumeur blanche du genou du côté opposé, le malade ne pouvant pas se servir du membre non opéré il lui fallut deux béquilles pour permettre la déambulation.	<i>Lancet</i> , Nov. 4, 1868, p. 635.

CHAPITRE II.

DISCUSSION DU TABLEAU STATISTIQUE.

Un grand nombre de statistiques sur la résection de la hanche ont été publiées, et cette importante question chirurgicale, qui depuis quelques années a fait tant de progrès et qui est une conquête nouvelle dans le domaine de la pathologie, a suscité une quantité de travaux qui avaient besoin de cette synthèse pour être jugés définitivement. Les auteurs de ces statistiques sont Ried, Jæger, Sayre, Günther, Kinlock, Textor fils, Winne, Heyfelder, Price, Barwell, Hodges, Fock, Giraldès, Le Fort, Paul, Schillbach, Völkers, Bœckel, Lücke, Schede, Lyon, Eulenburg, Siebert et Tostivint.

Mais il s'en faut de beaucoup que toutes ces statistiques soient marquées de la même rigueur scientifique. Un grand nombre d'auteurs se sont crus obligés de réunir le plus grand nombre possible d'opérations ; ils ont réuni toutes les observations qu'ils ont pu recueillir, souvent incomplètes, et faussées par la partialité de l'auteur. Souvent le résultat n'était pas indiqué, et quand il l'était, on avait omis les détails de l'opération, la durée de la maladie, le raccourcissement du membre, ou bien la possibilité des mouvements ou de la marche. C'est sur ces observations incomplètes que les auteurs ont souvent basé leurs statistiques, se servant au hasard de travaux inachevés et de données parfois inexactes. C'est qu'en cette matière on a trop l'habitude de copier sans recourir aux sources. Ainsi on voit figurer le nom de Heine dans quelques statistiques encore récentes, comme opérateur. La vérité est que Heine n'a jamais pratiqué cette

opération sur le vivant. Roux cependant, à qui Textor fils avait envoyé la dissertation de Léopold et d'Oppenheimer, fit une méprise en confondant l'expérience que Heine avait faite sur les animaux, avec une opération sur l'homme vivant; depuis lui, Bonino (1) dans son mémoire plein de fautes sur la résection de la hanche, et tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet sont tombés dans la même erreur en copiant. D'autres erreurs encore plus grossières ne sont pas rares.

Nous nous sommes imposé la tâche, quelquefois pénible et pleine de difficultés, de vérifier toutes les observations dont nous donnons le résumé dans nos statistiques. Et ce résultat nous l'avons obtenu en fouillant les publications périodiques, aussi bien qu'en demandant directement aux auteurs les observations qui n'avaient pas été publiées ou dont le résultat n'avait pu être indiqué lors de la publication qui remontait souvent à une période voisine de l'opération. Tous les faits que nous apportons à la statistique ont été minutieusement vérifiés; ils sont complets, les uns avec l'autopsie, et tous les autres avec le résultat, plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération; d'autre part le nombre des observations est assez grand pour qu'on puisse en tirer une conclusion légitime et en déduire une portée utile en tous cas sans parti pris. Fergusson nous écrivait qu'on doit considérer comme guéris tous ceux dont on n'entend plus parler, parce qu'ils peuvent se passer du chirurgien, tandis que les autres reviennent tôt ou tard à l'hôpital. Nous pensons que, baser une statistique sur des données aussi peu précises, ce serait s'exposer à des erreurs; que les malades non guéris peuvent très-bien s'adresser ailleurs, ou bien mourir avant la guérison. Aussi nous avons exclu de notre tableau toutes les observations où les suites de l'opération n'avaient pas été notées scrupuleusement, et où la guérison n'avait pas été notée, *de visu*, avec ses résultats.

Nous avons exclu de même de notre statistique générale, qui ne comprend que des résultats définitifs, les tableaux A, B, C, classés ainsi qu'il suit :

(1) Bonino, *loc. cit.*

A. Guérison avec usage du membre, mais où les trajets fistuleux ne sont pas encore fermés;

B. Guérisons incomplètes;

C. Non-guérison.

Ce sont ces « presque guéri », cet enfant terrible de toutes les statistiques, comme les appelle M. Eulenburg, qui leur ont fait tant de tort. Les auteurs les comptent souvent pour des guérisons, et arrivent ainsi à des résultats erronés, et d'autant plus graves, qu'ils sont répétés sans contrôle par tous ceux qui s'occupent de la matière. Nous le répétons, pour éviter toute erreur, ces « presque guéri » seront exclus de notre tableau.

Ces cas, au nombre de vingt et un, se divisent de la manière suivante :

A. — GUÉRISON AVEC FISTULES.

1. Langenbeck, 1860, fille de 6 ans.
2. Langenbeck, 1861, fille de 7 ans.
3. Heath, 1862, fille de 7 ans.
4. Szymanowski, 1865, garçon de 8 ans.
5. Lee, 1867, garçon de 14 ans.

Ces malades peuvent se servir de leur membre opéré. — Le n° 2 marche sans support. — Le n° 3 et le n° 4 avec le membre ankylosé sur le bassin.

B. — PAS ENCORE GUÉRIS.

1. Fergusson, 1860, garçon de 4 ans.
2. Holt, 1861, garçon de 8 ans.
3. Price, 1861, garçon de 5 ans.
4. Hart, 1862, fille.
5. Heath, 1863, fille de 7 ans.
6. Davies, 1864, garçon de 5 ans.
7. Lee, 1867, fille de 14 ans.

Nous avons bien reçu des nouvelles de ces cas comme de quelques-uns des cas suivants, mais rien de suffisamment authentique qui nous permette de leur donner une place autre que celle que nous leur avons assignée. Nos nouvelles viennent pour la plu-

part des opérateurs eux-mêmes, qui ont eu la bonté de nous répondre avec courtoisie, nous leur offrons nos remerciements profonds.

C. — NON GUÉRIS.

4. Smith, 1860, garçon.
2. Fergusson, 1861, garçon de 13 ans.
3. Nunn, 1861, fille de 12 ans.
4. Johnson, 1861, garçon de 5 ans.
5. Bartscher, 1862, garçon de 10 ans.
6. Demel, 1862, homme de 24 ans.
7. Holmes, 1863, fille de 9 ans et demi.
8. Giraldès, 1866, fille de 7 ans.
9. Giraldès, 1867, fille de 7 ans.

L'opération fut répétée sur le n° 4, cas de M. Johnson, en 1864, par M. Holmes, qui réséqua le grand trochanter et un pouce de longueur du corps de l'os, en même temps que la cavité cotyloïde devenue cariée. Cet enfant, vu deux ans plus tard, n'était pas guéri, sa santé générale était assez bonne, mais le membre beaucoup raccourci était en mauvaise position, il existait plusieurs trajets fistuleux qui conduisaient sur l'os malade ; c'est le seul exemple, selon notre connaissance, où l'on a tenté la répétition de la résection de la hanche sur le même sujet, et quoique ici elle n'ait pas été suivie de succès, nous sommes d'avis que l'opération a prolongé la vie du malade. Elle tend de plus à démontrer que l'opération n'est pas dangereuse en elle-même.

Nous avons aussi exclu de notre tableau toutes les résections pour plaie par armes à feu, pour fractures ou luxations traumatiques, pour tumeur maligne aussi bien que pour tous les cas où la tête était déjà détachée de sa diaphyse, et où l'on ne faisait que l'extraire à titre de séquestre, sans emploi d'instruments tranchants, comme, par exemple, les cas rapportés par Schlichting, Schmalz, et plus récemment par M. Marjolin.

Nous avons repris la statistique là où M. Léon Le Fort l'avait laissée en 1860. Comme depuis cette époque rien n'a été fait sur ce sujet en langue française, nous avons cru utile de continuer

son travail. Heureux si par nos efforts nous pouvons appeler l'attention sur la valeur d'une opération, repoussée chez nous par le plus grand nombre des chirurgiens, mais qui, à l'étranger, a donné de beaux succès.

Nous croyons avoir réuni toutes les observations qui se trouvent disséminées dans la science depuis 1860. Elles sont au nombre de cent douze, dont voici l'analyse :

Sur les 112 cas du tableau, 52 ou 46,43 pour 100 sont guéris et 60 ou 53,57 pour 100 ont succombé.

79 ou 72,47 pour 100 appartiennent au sexe masculin et 30 ou 27,52 pour 100 au sexe féminin; 3 fois le sexe n'est pas indiqué.

Sur les 79 du sexe masculin, 37 ou 46,83 pour 100 ont guéri et 42 ou 53,16 pour 100 sont morts.

Sur les 30 appartenant au sexe féminin, il y a eu 14 ou 46,67 pour 100 de guérisons et 16 ou 53,33 pour 100 de morts, ce qui laisse en faveur de la guérison, pour le sexe masculin, la différence peu notable de 0,17 pour 100.

Quant au pays où l'opération a été pratiquée, les 112 cas se partagent de la manière suivante :

Allemagne.	34 cas.
Angleterre.	32 —
Amérique.	29 —
France.	14 —
Russie.	3 —

Sur les 34 opérés en Allemagne, nous trouvons 12 ou 35,29 pour 100 de guérisons et 22 ou 64,71 de morts.

Sur le 32 cas opérés en Angleterre, 21 ou 65,62 pour 100 sont guéris et 11 ou 34,37 pour 100 ont succombé.

Sur les 29 cas opérés en Amérique, 16 ou 55,17 pour 100 sont guéris et 13 ou 44,83 pour 100 sont morts.

En France, sur les 14 cas opérés, nous avons 2 ou 14,28 pour 100 de guérisons et 12 ou 85,71 pour 100 de morts.

Sur les 3 cas en Russie, 2 sont morts et 1 guéri; selon Szymanski (*Archives de Langenbeck*, 1865, p. 787), M. Nemmert,

de Pétersbourg, aurait opéré 1 cas avec succès et M. Grube de Charkow 1 autre avec espérance de guérison. Mais n'ayant pas pu avoir des renseignements plus positifs, nous avons exclu ces cas de notre tableau.

Si nous résumons la mortalité de l'opération dans les différents pays, nous trouvons :

France.	85,71	pour 100.
Russie.	66,67	—
Allemagne.	64,71	—
Amérique.	44,83	—
Angleterre	34,37	—

Sur les 52 guérisons, l'âge moyen est de 11 $\frac{31}{52}$ ans; le plus jeune malade est un garçon de 2 ans et le plus âgé une femme de 58 ans.

L'âge moyen des 60 morts, qui est indiqué 57 fois, est de 14 $\frac{12}{19}$ ans, le plus jeune est une fille de 3 ans et le plus âgé un homme de 40 ans.

Ont été opérés de 2 à 12 ans 59 cas, dont 35 ou 59,32 pour 100 guéris et 24 ou 40,67 pour 100 morts.

Sont opérés, de 12 à 20 ans, 25 cas, dont 10 ou 40 pour 100 guéris et 15 ou 60 pour 100 morts.

Sont opérés, au-dessus de l'âge de 20 ans 17 cas, dont 4 ou 23,53 pour 100 guéris et 13 ou 76,47 pour 100 morts.

En résumé :

De 2 à 12 ans. . .	40,67	pour 100 morts.
De 12 à 20 ans. . .	60,00	—
De 20 à 58 ans. . .	76,47	—

Sur les 60 morts, chiffre total de mortalité, 10 ou 16,67 pour 100 sont morts dans la première semaine après l'opération.

Simon. . .	2°	jour d'épuisement.
Simon. . .	3	— de septicémie.
Giraldès. .	4°	— d'hémorrhagie.
Verneuil. !.	4°	— de phlegmon diffus.
Giraldès. .	5°	— d'infection purulente.

Bergmann.	6°	—	d'ostéomyélite.
Beck. . . .	6°	—	d'abcès du bassin.
Dolbeau. . .	7°	—	d'épuisement.
Holmes. . .	7°	—	de pyohémie.
Esmarch. . .	7°	—	d'épuisement.

et 26 ou 43,33 pour 100 dans le premier mois.

La cause de la mort a été la suivante :

Épuisement (22), phthisie et progrès du mal (10), pyohémie (5), carie du bassin et fusées purulentes (4), diarrhée (3), épuisement avec phénomènes rapides d'œdème pulmonaire (2), méningite tuberculeuse, tétanos, diphthérie, dégénérescence amyloïde des organes, phlébite diffuse du membre, ostéomyélite, hémorrhagie, nécrose aiguë du fémur, épuisement nerveux et pneumonie (?), 1 fois de chaque.

La cause supposée de la maladie est notée 29 fois : chute 20 fois, scrofule 4 fois, refroidissement 4 fois, plaie par instrument piquant, 1 fois.

Dans ce dernier cas, la mort suivait rapidement l'opération.

Sur les 3 cas d'origine scrofuleuse, 1 malade a guéri et 2 ont succombé, l'un le 9° jour, de nécrose aiguë du fémur, et l'autre le 51° jour, de phthisie.

Sur les 4 pour cause de refroidissement, 3 sont guéris et 1 est mort.

Sur les 20 cas où une chute a été donnée comme cause supposée du mal, nous trouvons 16 ou 80 pour 100 de guérisons et 4 ou 20 pour 100 de morts. Ceci nous donnerait, en résumé, une mortalité de :

66,67	pour 100,	pour cause scrofuleuse.
25,00	—	— de refroidissement.
20,00	—	— de chute.

La durée de la maladie a été constatée 58 fois ; elle est en moyenne de 27 mois.

9 fois la maladie a débuté d'une manière aiguë et est parvenue à la dernière période de la coxalgie avant le *septième* mois ; sur ces 9 cas, il y a eu seulement 2 ou 22,22 pour 100 guérisons et 7 ou 77,77 pour 100 de morts.

Si maintenant nous comparons, à côté de cette forme aiguë, les cas où la maladie a débuté d'une manière lente, c'est-à-dire où sa durée a été de 2 ans et plus avant l'opération, et ces cas sont au nombre de 30, nous trouvons 20, ou 66,67 pour 100 de guérisons, et 10 ou 33,33 pour 100 de morts, ce qui laisse 44,45 pour 100 en faveur de la guérison pour les cas chroniques ; c'est là une différence très-notable.

La luxation de la tête du fémur est notée 17 fois, une fois sur 6 10/17, ce qui nous permet de dire qu'elle n'est pas un phénomène très-fréquent dans la coxalgie comme l'ont voulu quelques auteurs. Sur ces 17 luxations spontanées, 11 ou 64,71 pour 100 ont guéri, tandis que 6 seulement ou 35,29 pour 100 ont succombé. Si maintenant nous comparons ce résultat avec les 93 opérations qui restent et où la luxation n'avait pas eu lieu, nous trouvons 52 ou 55,92 pour 100 de morts et 41 ou 44,08 pour 100 de guérisons, ce qui laisse 20,63 pour 100 en faveur de la guérison pour les cas où la luxation spontanée de la tête a eu lieu ; c'est là du reste ce que l'on a remarqué depuis longtemps et qui n'offre rien d'étonnant.

La cavité cotyloïde ou le sourcil sont notés malades ou cariés 72 fois, ou 64,28 pour 100, y compris 16 perforations, dont 5 étaient l'ouvrage du chirurgien. Sur ces 72 malades chez lesquels la cavité cotyloïde ou son rebord sont impliqués, 39 ou 54,16 pour 100 ont succombé, et 33 ou 45,84 pour 100 sont guéris.

La cavité cotyloïde est indiquée *saine* 14 fois dont 7 morts et 7 guérisons = 50,00, laissant 4,16 pour 100 seulement en faveur de la guérison pour les cas où la cavité cotyloïde est saine.

La cavité cotyloïde fut gougée 33 fois, dont 18 ou 54,54 pour 100 de guérisons, et 15 ou 45,45 pour 100 de morts.

Elle ne fut pas touchée 6 fois, dont 5 ou 83,33 de morts, et 1 seul ou 16,67 de guéris, ce qui laisse 37,88 pour 100 en faveur de la rugination de la cavité cotyloïde. C'est là ce qui a été observé par tous les auteurs, sauf M. Hodges, qui note 7,72 pour 100 en faveur de la *non-rugination* du cotyle.

La cavité cotyloïde fut trouvée perforée 11 fois, dont 6 ou

54,55 pour 100 de morts, et 5 ou 45,45 pour 100 de guérisons.

Elle fut perforée avec l'instrument tranchant, pour donner issue à l'abcès du bassin, 5 fois; dont 4 ou 80,00 pour 100 de guérisons et 1 seul mort (ces cas appartiennent pour la plupart à M. Barwell, du *Charing Cross Hospital* à Londres).

Comme complication locale avant l'opération, l'abcès du bassin est noté 6 fois, dont 4 guérisons; ce sont pour ces cas que la perforation du cotyle a été pratiquée avec tant de succès. Comme complication générale avant l'opération, notre tableau ne contient que 2 cas et tous deux avec phthisie; est-il nécessaire d'ajouter qu'ils ont donné un résultat fâcheux!

L'endroit où le fémur fut sectionné est indiqué 105 fois, dont 49 au-dessus et 56 au-dessous du grand trochanter. Sur les 49 opérations où le grand trochanter fut laissé, 19 ou 38,77 pour 100 furent guéris, et 30 ou 61,23 pour 100 sont morts. Sur les 54 où le grand trochanter fut enlevé 29 ou 51,78 pour 100 furent guéris, et 27 ou 48,21 pour 100 sont morts, laissant en faveur de l'enlèvement du grand trochanter 13,01 pour 100.

Sur les 52 guérisons du tableau, 42 fois il est noté que le malade marche, c'est-à-dire qu'il peut se servir de son membre, et 10 fois ce point n'est pas indiqué. Les 42 cas se partagent de la manière suivante :

- 49 fois, marche sans support.
- 9 — à l'aide d'une canne.
- 4 — — de deux cannes.
- 4 — — d'une attelle.
- 4 — — d'une béquille.
- 2 — — de deux béquilles.
- 9 — la manière de la marche n'est pas spécifiée.

40 fois il est spécialement noté que le membre supporte le poids du corps, 1 fois sa faiblesse exige des béquilles et 11 fois ce point n'est pas indiqué.

Les mouvements dans la nouvelle articulation se sont repro-

duits 28 fois, et 1 seule fois l'ankylose est notée comme terminaison de la guérison.

L'époque à laquelle les malades ont été vus après l'opération varie entre 3 mois et 5 ans. Leur guérison a été poursuivie pour la plupart de 2 à 3 années; sur les 52 guérisons du tableau, il y a une moyenne de 19 mois et 4 jours, époque à laquelle les malades ont été vus par le chirurgien après l'opération.

Enfin, l'opération depuis 1860 a été pratiquée par :

Sayre	44	fois, dont	7	guéris,	4	morts.
Bardeleben. . . .	9	—	—	3	—	6
Holmes	8	—	—	4	—	2 non guéris.
Giraldès.	7	—	—	0	—	5 — —
Langenbeck . . .	7	—	—	4	—	4 — 2 avec fistules.
Barwell	5	—	—	4	—	1 —
Krackowizer . . .	5	—	—	4	—	4 —
Gant	4	—	—	4	—	0 —
Simon.	4	—	—	2	—	2 —
Gosselin.	3	—	—	0	—	3 —
Lee.	3	—	—	4	—	0 — 2 non guéris.
Hulke.	3	—	—	2	—	4 —

Mott, Heath, Smith, Küchler, Davies, Ried, Pick, Szymanski, Wood, Buck, Fergusson, Dolbeau, Esmarch, V. Dummerich, Pagenstecher, Busch et Bergmann, chacun 2 fois.

Verneuil, Shrimpton, Blasius, Sédillot, Mac Gregor, Voss, Boeckel, Gillespie, Carnochan, Raphaël, Le Gros Clark, Tewksbury, Folker, Bryant, Beck, Küchler, Jacobi, Berend, Peters, Billroth, Ure, de Morgan, Parsons, Humphry, Spencer, Nunn. Bartscher, Demel, Johnson, Holt, Price et Hart, chacun 1 fois.

Notre tableau, comparé à d'autres statistiques, donne comme résultat le plus haut chiffre de mortalité de tous, même en n'y comptant pas 3 cas, et qui ne sont vraiment pas dignes d'être inclus dans une statistique sérieuse; ce sont le n° VII et le n° LXVIII, où la phthisie existait avant l'opération et qui a amené la mort des malades, le premier 3 mois après et le second 1 ans 1/2 après; et le n° XXV, où une coxalgie *double* existait

avant l'opération et où le malade mourut 2 mois plus tard d'épuisement et diphthérie. Ces 3 cas exclus de notre compte, il nous reste encore 109 cas, dont 52 guéris et 57 ou 52,29 pour 100 de morts. La raison pour laquelle notre tableau a fourni une mortalité plus élevée que celle du reste des auteurs nous paraît la suivante : 1° Il contient les opérations françaises, qui ont donné un si mauvais résultat et qui jusqu'à présent n'ont par encore paru dans des statistiques ;

2° Quelques-uns de nos cas ont été poursuivis un temps assez long après l'opération, et de là la constatation de la mort ; ces cas moins soigneusement suivis auraient abaissé le chiffre de la mortalité et élevé les « incertains » ou les « non guéris ». Il est bien vrai que la terminaison funeste ne peut pas être mise toujours sur le compte de l'opération, mais comme il serait difficile, si une fois on commençait à retrancher ces cas malheureux, de savoir où il faut légitimement s'arrêter, nous avons cru juste de les laisser.

La mortalité s'élève :

Suivant Fock à	36,30	pour 100.
— Barwell à	36,37	—
— Eulenburg et Sayre à	36,60	—
— Le Fort à	44,00	—
— Lyon à	43,90	—
— Giraldès à	45,13	—
— Heyfelder à	47,62	—
— Hodges à	47,74	—
— Good à	52,29	—

Quelques auteurs ont tracé un parallèle entre la résection de la hanche et la désarticulation ou l'amputation de la cuisse. Nous ne voyons pas l'utilité de cette comparaison. La carie du cotyle, qui complique 13 fois sur 20 la lésion articulaire si elle était une contre-indication, le serait aussi bien pour la résection que pour la désarticulation.

Ce ne sont pas les résultats de la désarticulation qu'il faut opposer à ceux de la résection de la hanche, mais une question d'un bien plus grand intérêt se présente dont la solution au-

rait une grande portée pratique, à savoir les résultats différents donnés par la résection et par le régime de l'expectation. Aucun auteur n'a fait jusqu'ici ce travail, qui serait un excellent critérium pour le jugement à porter sur telle ou telle méthode. M. Gibert (1), à propos de sa thèse inaugurale, a fait une étude sur les résultats donnés par l'expectation dans le traitement de la coxalgie. Malheureusement les faits qu'il apporte ne sont peut-être pas assez nombreux pour que l'on puisse tirer de leur examen un jugement définitif. Cependant ses observations nous ont paru bien suivies, et une observation exacte a toujours la valeur irrécusable d'un fait.

Nous nous appuierons donc sur ce travail pour essayer un parallèle, très-propre selon nous à faire ressortir les avantages de la résection. N'oublions pas de signaler que les observations de M. Gibert portent toutes sur des enfants âgés de trois à treize ans, qui pendant toute la durée du traitement ont été tenus à un régime réparateur et hygiénique, conditions qui sont les plus favorables à la guérison.

Les observations sont au nombre de 12; dans toutes la coxalgie était arrivée à la suppuration; elles ont été prises dans le service de M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Leur analyse nous amène au résultat suivant :

- 4 guérison.
- 8 morts.
- 3 non-guérisons.

Voici le résumé de l'observation des trois malades non guéris :

1. (Obs. XIV.) Garçon de six ans, enfant non scrofuleux, au bout de quatre ans la maladie dure encore et fait prévoir une terminaison malheureuse.
2. (Obs. XVII.) Fille de sept ans. Les fistules suppurent encore, ankylose sur le bassin, marche à l'aide d'une béquille en s'appuyant sur le bout du pied.

(1) Thèse de Paris, 1859.

3. (Obs. XIX.) Fille de trois ans, traitée avec l'appareil de Martin, non guérie au bout de trois ans et huit mois, la suppuration n'a pas cessé.

Ces 3 cas exclus de notre compte comme douteux (quoiqu'ils ne le soient guère), il nous en reste 9, dont 1 ou 11,11 pour 100 guéris, et 8 ou 88,89 pour 100 morts. Cette mortalité, comparée à celle de la statistique la moins favorable à la résection (52,29 pour 100 Good), nous laisse encore 36,60 pour 100 en faveur de l'opération.

L'âge respectif des 12 cas était 7, 8, 10, 9, 8, 6, 13, 10, 7, 8, 3, 7; en moyenne 8 ans, ce qui est précisément l'âge auquel la résection est au plus haut degré indiquée et qui nous a fourni le plus haut chiffre de guérisons, c'est-à-dire 59,33 pour 100. Ce résultat, comparé à celui obtenu par le traitement moins héroïque de l'expectation, donne, en faveur de la résection, 48,22 pour 100, ce qui, il nous paraît, est un chiffre assez considérable pour qu'on mette à l'étude de la guérison de la coxalgie grave un autre traitement que celui de l'expectation qui, même quand il guérit, ne prévient presque jamais l'ankylose, et de là la claudication, la marche fatigante et disgracieuse pour les malades.

Cette mortalité, qui aux partisans de la méthode de Bonnet paraîtrait un peu élevée, sera, nous le croyons, à peu de chose près, ce que l'on observera presque toujours.

On n'a qu'à suivre ces soi-disant guérisons de la coxalgie du 3^e degré traitée par l'expectation comme nous l'avons fait pour les résections de la hanche 2, 3, 10 et jusqu'à 17 ans après l'opération, et l'on verra peut-être qu'on s'est fait des illusions sur la valeur de cette méthode.

Mais comme ces malades ne peuvent pas être ou ne sont pas suivis, comme ils vont d'hôpital en hôpital, perdus de vue du chirurgien, il est difficile de savoir au juste leur état; mais 8 fois sur 9 ils finissent par succomber. Certainement nous ne voulons pas nier la guérison de la coxalgie avancée par le repos et le traitement ordinairement employé. Tous les chirurgiens ont vu guérir de ces cas où la carie de l'os était hors de doute; mais combien de ces malades, arrivés là et chez qui le traitement de

Bonnet avait été suivi avec foi et habileté, n'ont-ils pas succombé dans le marasme !

La coxalgie suppurée est une maladie grave qui finit le plus souvent par la mort. La résection ne donne pas un résultat très-favorable, mais elle sauve la vie 46 fois sur 100, et de plus elle laisse au malade un membre bien plus utile que ne pourrait le faire tout autre traitement.

CHAPITRE III.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Un des points les plus importants de la question qui nous occupe est certainement l'opportunité de l'opération. Quels sont les cas qui exigent une intervention ? quels sont ceux où il faut s'abstenir, et quelles sont les raisons de ces déterminations ? Ces questions apportées récemment à la tribune de la Société de chirurgie, malgré les efforts louables de quelques orateurs, n'ont pas encore subi tous les éclaircissements que nécessiterait le perfectionnement des règles d'une sage thérapeutique. Mais il faut bien le dire, si la question d'intervention est discutable pour certains cas restreints, pour la plupart elle peut être posée avec précision.

Quelque fréquente que soit la coxalgie, on la rencontre bien moins dans la classe aisée que dans la classe pauvre, et à moins qu'elle ne dépende d'un principe héréditaire essentiellement scrofuleux, il est bien rare que dans le premier cas elle se termine d'une manière fâcheuse, parce que dès le début l'affection est combattue par un traitement préventif. Aussi peut-on dire d'une manière générale, que presque toujours ces malades échappent aux accidents qui nécessiteraient une opération. Dans la pratique des hôpitaux, les faits ne se présentent plus de la même manière ; trop souvent, lorsque les malades arrivent, il y a fort longtemps que l'affection s'est déclarée, souvent encore elle n'a pas été régulièrement soignée, et il est très-heureux souvent qu'ils puissent, par des soins même tardifs, échapper à une mort certaine. Ces faits sont d'un grand enseignement, car ils démontrent l'efficacité des moyens hygiéniques

qui préviennent le mal, et des moyens thérapeutiques qui l'arrêtent à ses débuts. Aussi nous ne doutons pas que la nécessité de la résection ne doive perdre du terrain tous les jours, alors que les règles de l'hygiène mieux appliquées auront prévalu et que l'immobilisation assurée par des appareils viendront s'opposer aux mouvements qui augmentent les désordres articulaires.

Au début de la coxalgie, alors que les lésions sont peu avancées et que l'on peut espérer par le repos et le régime améliorer et guérir le malade, il serait téméraire de tenter une opération aussi grave que celle de la résection, et personne n'y songerait ; mais si tous les moyens employés ont échoué, si la lésion marche quand même, si la carie commence ses ravages en amenant un gonflement articulaire suivi bientôt d'abcès et de fistules que rien ne parviendrait à tarir, car l'os carié est dans la plaie comme un corps étranger, alors, mais alors seulement et sans perdre de temps, il faut opérer. Le malade n'est pas épuisé encore, la suppuration est au début et tout porte à croire qu'il pourra supporter les frais de la réparation articulaire, surtout si sa constitution est vigoureuse et exempte de vice héréditaire. A cette époque encore, mieux que plus tôt, l'inflammation a donné aux tissus voisins un commencement d'induration et une adhérence entre les différents plans ; cette disposition est encore favorable aux succès de l'opération ; le pus trouvera là une barrière aux infiltrations si communes quand les tissus ne sont pas préparés. Cette utilité d'une inflammation préalable ressort pour toutes les opérations. Selon nous, si les amputations des membres pour tumeurs blanches réussissent mieux que les amputations primitives nécessitées par de grands traumatismes, et les statistiques sont là pour le prouver, cela tient surtout à cette préparation du membre, si j'ose ainsi dire, par l'inflammation. Sans cela on ne s'expliquerait pas pourquoi les mêmes opérations réussiraient moins bien chez des sujets surpris au milieu de la santé, et d'une constitution assez forte pour supporter les dépenses de la suppuration, que chez des sujets épuisés déjà par une longue maladie et désarmés en face de l'opération.

Ainsi donc le moment le mieux choisi pour l'opération est

celui où la maladie est assez avancée pour ne pouvoir recéder. La lésion osseuse est là comme une épine dans la plaie qui entretient l'inflammation. Les moyens thérapeutiques du début de la coxalgie n'ont plus aucune influence; l'immobilisation et les tractions sur le membre ne peuvent plus rien désormais; elles sont plutôt nuisibles, parce qu'elles prolongent une expectation dont le malade ne doit retirer aucun profit. Il faut que le chirurgien intervienne pour aider le travail de la nature en préparant la séparation et l'extraction de la partie cariée ou du séquestre qui, dans certains cas, a été trouvé complètement détaché, comme dans l'observation citée plus haut de Schmalz de Pirna, qui n'eut qu'à l'enlever avec un davier. Le malade de Schmalz guérit, comme ceux que ses prédécesseurs Vogel, Hoffmann et Kirkland avaient opéré dans les mêmes conditions. C'est assez dire qu'elles sont très-favorables au succès de l'opération et qu'elles constituent une indication de plus. Il faudra donc que le chirurgien ait toujours ces observations présentes à l'esprit; il ne devra pas négliger de sonder avec des stylets les fistules périarticulaires anciennes pour rechercher l'état des os. Et s'il vient à découvrir la séparation du séquestre par la mobilité qu'il peut lui imprimer, alors il pourra opérer sans hésitation, presque assuré à l'avance d'un succès.

A quelle époque la partie nécrosée du fémur se détache-t-elle du reste de l'os? Cette intéressante question, si elle pouvait être résolue pour tous les cas, serait d'une grande portée pour l'opportunité de l'opération. Mais le problème est composé de tant d'éléments divers que la solution de la question n'est pas toujours réalisable dans l'espèce. Chez le malade de Schmalz, le début de la coxalgie remontait à un an; chez celui de Pagenstecher (obs. XI), à sept semaines. Un des malades de Holmes présentait la séparation de la tête fémorale six mois après le début de la maladie (obs. XII), tandis que celui de Bryant, qui offrait les mêmes particularités, fut opéré seulement à la deuxième année révolue de la coxalgie (obs. XIII). Il est probable que chez ce dernier malade la séparation de la tête du fémur s'était opérée longtemps avant l'opération. L'observation de Holmes est intéressante en ce sens que la nécrose s'est pro-

duite au bout de six mois ; nous ne croyons pas qu'aucun auteur fasse mention d'une nécrose plus précoce relativement à la tête du fémur, sauf l'observation de Pagenstecher. Ce fait semble prouver qu'à cette époque de l'évolution de la coxalgie, la mortification de la tête osseuse, si elle doit avoir lieu, est accomplie ou en voie de s'accomplir ; l'opérateur la trouve libre au milieu du foyer du mal, tandis que la partie correspondante du fémur est déjà en voie de cicatrisation. Les observations sont là pour prouver que tous ou presque tous les cas opérés dans ces conditions ont été suivis de guérison.

Lorsque la coxalgie est arrivée à ce terme, si une intervention n'en vient pas arrêter les progrès, le mal ne borne pas ses atteintes à la tête du fémur, il s'étend vers la diaphyse, en s'attaquant simultanément à l'os iliaque bientôt envahi et détruit par la macération du pus, du côté de la cavité cotyloïde, pour gagner plus tard des parties plus reculées de l'os, comme le démontre la lecture des observations. Le pronostic de l'opération pratiquée dans ces conditions désavantageuses est bien plus grave qu'au début, car il faut enlever tout le mal, et la chose est difficile s'il dépasse les limites du cotyle. Il faut tout extirper, suivant l'avis de Celse, de peur de voir des fistules intarissables rendre insupportables au malade les conditions de la vie et entraîner tôt ou tard mais sûrement sa perte.

Un autre danger non moins grave de l'expectation, outre l'épuisement amené par une suppuration intarissable, est le développement possible de la phthisie pulmonaire et de la dégénérescence amyloïde des organes, sans compter le dépérissement que provoque toujours le repos au lit trop longtemps continué et les troubles gastriques qui l'accompagnent. M. Marjolin a récemment fait ressortir cette proposition devant la Société de chirurgie, en démontrant qu'à égalité de lésions une tumeur blanche des membres supérieurs guérit bien plus facilement qu'une pareille maladie aux membres pelviens, celle qui frappe le membre thoracique permettant à un certain degré la marche et les promenades au soleil, en prévenant de la sorte les dyspepsies et le dépérissement de l'immobilité qui accompagnent

ordinairement les affections articulaires de longue durée des membres inférieurs.

§ 1. — *Conditions favorables à la résection.*

Les indications favorables au succès de l'opération sont moins nombreuses que les contre-indications ; nous allons indiquer les plus plausibles sommairement.

En première ligne, il convient de mentionner l'absence de toute maladie organique, l'absence d'un état diathésique héréditaire ou acquis.

L'ancienneté de la maladie doit entrer en ligne de compte ; elle est trop ancienne, le sujet, quelque robuste qu'il ait été au début, est à coup sûr épuisé par l'insomnie, la douleur, le repos prolongé et les dépenses de la suppuration. Le moment est d'autant plus opportun qu'il se rapproche davantage du début de la maladie, parce qu'on a chance à cette époque de trouver plus d'énergie dans la lutte pour la guérison. On doit intervenir lorsque l'abcès articulaire ouvert à l'extérieur laisse à sa suite des fistules persistantes.

La limite du mal à la tête du fémur serait une bonne indication, si sa détermination était toujours possible. Mais tout ce qu'on a écrit sur le siège des fistules relativement à la détermination des parties osseuses malades n'est pas vrai pour tous les cas ; et pour ce diagnostic on ne peut souvent s'appuyer que sur la durée de la maladie, dans les premiers temps la tête étant seule malade, et l'implication du cotyle étant toujours consécutive. Dans un certain nombre de cas, la multiplicité des fistules pourra faire soupçonner l'extension de la maladie à l'os iliaque, si la certitude ne peut être donnée par la détermination rigoureuse des lésions à l'aide de sondes métalliques introduites dans les trajets fistuleux.

La luxation de la hanche est encore une indication favorable, les nécropsies ayant démontré que dans ces cas la carie n'avait pas envahi le cotyle séparé de la tête fémorale.

L'âge le plus favorable à l'opération est de trois à douze ans ;

on n'a, il faut bien le dire, guère eu l'occasion de pratiquer la résection avant l'âge de trois ans ; après celui de douze ans on a eu presque toujours des revers.

La marche de la maladie peut fournir elle-même des indications. Une marche lente est une indication favorable, tandis que les opérations appliquées à des coxalgies à marche rapide ont eu presque toujours une terminaison funeste.

Le degré d'acuité de la lésion doit être pris en considération. Il faut attendre pour opérer le passage à l'état chronique, et ne rien tenter tant que la fièvre aura conservé une certaine acuité et que les parties molles périarticulaires seront rouges, tuméfiées, très-sensibles.

La séparation hâtive de la tête fémorale est encore une bonne condition pour l'opération, car celle-ci a pu, dans certains cas, se souder à la cavité cotyloïde (Hueter, *Arch. de Langenbeck*, 1866) et empêcher l'invasion du mal vers l'os iliaque.

§ 2. — *Conditions défavorables à la résection.*

La phthisie doit être placée en tête des maladies dont la complication contre-indique la résection. La plupart des chirurgiens n'ont jamais voulu opérer des malades présentant des traces de tubercules pulmonaires au début. Tous les auteurs se rangent à leur opinion qui d'ailleurs est ancienne. L'observation a appris en effet que des opérations aussi graves que celle de la résection de la hanche précipitent la marche de la phthisie et en amènent le développement dans beaucoup de cas où elle n'existait pas au préalable. Cependant un certain nombre de chirurgiens anglais, Holmes, Erichson, etc., professent que la guérison d'une lésion arrête dans beaucoup de cas la marche de la phthisie pulmonaire en tarissant sa source qui est dans le foyer de la suppuration et dans l'épuisement qu'elle cause. Velpeau, dont le sens clinique était si développé, avait avancé ces idées bien longtemps avant les chirurgiens d'outre-Manche ; il avait observé des cas où, en tarissant un foyer de suppuration ayant surtout son siège dans les os, il avait du même coup arrêté des lésions pulmonaires, au début, mais indéniables. Il faut bien dire

toutefois qu'il n'aurait jamais songé à faire une opération de quelque gravité sur un sujet porteur d'une phthisie avancée. Dernièrement nous avons entendu M. le professeur Richet, à l'occasion d'une opération de résection du genou, pratiquée chez une jeune fille bien portante du reste, mais qui avait eu une hémoptysie qui paraissait être complémentaire des règles, faire revivre les idées de son ancien maître. Pour lui comme pour Velpeau, les foyers de suppuration osseuse pourraient, dans des conditions dont le mécanisme nous échappe, amener le transport de particules moléculaires dans le poumon et provoquer la lésion de l'organe. Il aurait vu des cas où la guérison de la lésion périphérique, cause de ces désordres, aurait tout fait disparaître.

La scrofule est une contre-indication formelle à toute tentative. Étant l'expression d'un état général elle n'est pas arrêtée dans sa marche par le bistouri qui ne peut rien sur elle, et si elle guérit ici, elle récidive là, et avec plus de gravité, car la suppuration qui accompagnera nécessairement toute opération sanglante, en épuisant le malade, le rendra plus apte aux manifestations de la diathèse. Quelques chirurgiens, rares, il faut bien le dire, parmi lesquels on peut citer Bauer, Sayre, ne croient pas à la scrofule en tant que cause de coxalgie. Prenant la cause pour l'effet, ils regardent la scrofule comme une conséquence de lésion articulaire, et non comme sa cause efficiente. Pour eux le traumatisme joue le principal rôle dans la maladie. Admettre ces théories mécaniques serait selon moi mettre complètement de côté la clinique. Nous croyons que tenter la résection chez un scrofuleux c'est faire une chose funeste. Tout au plus serait-il permis chez ces malades d'extraire des séquestres par les ouvertures fistuleuses ou de modifier les surfaces de la plaie, de façon à diminuer l'abondance de la suppuration, et à prolonger ainsi la vie des malades ; dans aucun cas il ne faudrait tenter une opération radicale.

L'épuisement du malade est aussi une contre-indication formelle. On pourrait bien citer pourtant un ou deux succès. Mais tout arrive, et il serait dangereux de se fonder sur une exception pour tenter une opération presque constamment funeste. Le malade n'aurait pas la force nécessaire pour subvenir aux frais

d'une abondante suppuration ni de la réparation des tissus. Il ne faut jamais attendre cette période avancée pour tenter une opération, et ce précepte, ce nous semble, a été méconnu en France par la plupart de ceux qui ont pratiqué cette résection, et nous ne doutons pas que ce soit là la cause de leurs insuccès et de la défaveur qui en est résultée pour l'opération.

Nous ne pouvons adopter l'opinion de Gosselin et de Larrey, que l'opération est surtout indiquée chez l'adulte. Les recherches que nous avons faites nous démontrent que, souvent suivie de succès jusqu'à l'âge de douze ans, la résection coxo-fémorale a d'autant moins de chances de réussite que l'on s'éloigne davantage de cette époque de la vie. On ne saurait s'appuyer sur le cas exceptionnel de Szymanowski, qui a opéré avec succès un malade âgé de cinquante-huit ans. Pour la vérification de cette opinion, il suffit de parcourir nos statistiques.

L'étendue des lésions osseuses est aussi une contre-indication pour beaucoup de cas. Il serait impossible de détruire tout le foyer de la carie, et mieux vaut ne rien commencer que de laisser l'opération inachevée ; car nous ne partageons nullement l'idée de Bauer, pour qui la carie du cotyle guérirait spontanément après la résection de la tête. Pour nous, la résection du cotyle est d'autant plus indispensable, que souvent la portion cariée masque un abcès du bassin. Au reste l'implication du cotyle n'est pas une contre-indication à l'opération, comme on l'a cru longtemps et comme le croient encore beaucoup de chirurgiens en France, les statistiques prouvent que des malades qui offraient cette lésion du cotyle ont guéri complètement, et leur nombre est assez grand pour qu'on puisse avoir une opinion pleinement fondée. Mais si la lésion ne s'arrête pas là, si elle s'étend plus loin sur le bassin, quelle sera la conduite du chirurgien ? Erichsen a reséqué l'ischion et a eu le bonheur de guérir son malade ; Sayre, également avec succès, a reséqué le pubis ; Syme, ces deux portions osseuses sur le même malade, qui a survécu. Mais il serait imprudent de compter sur des succès pour des cas analogues, et mieux vaudrait ne pas opérer si l'on pouvait soupçonner l'étendue des désordres.

Si le carie s'étend vers le corps du fémur, que faire ? M. Gant

reséqua 5 pouces $1/2$ de la partie supérieure de cet os, et Spencer 8 $1/2$, en conservant le périoste. Leurs malades guérèrent. Mais en général, si le fémur est trouvé malade sur une grande étendue, il vaut mieux suivre l'exemple de Barnes (1) et de Henry Lee, qui achevèrent l'opération par la désarticulation.

Les abcès des parties molles périarticulaires et les fusées purulentes ne sont pas des contre-indications, dans les cas où l'inflammation a peu d'intensité, car alors l'opération est la seule chance qu'on ait de faire librement écouler le pus et de prévenir une mort inévitable.

L'abcès du bassin symptomatique de la carie du cotyle qui peut se faire avant comme après la perforation du cotyle n'est pas une contre-indication à l'opération. Les observations nous fournissent plusieurs exemples de guérison. Leur diagnostic est difficile avant l'opération ; ils restent inclus dans le bassin et peuvent s'ouvrir par les conduits qui le traversent, mais ne suivent dans aucun cas la marche des abcès symptomatiques des altérations du muscle psoas ou des vertèbres, qui suivent le muscle psoas jusqu'à son insertion inférieure, ou bien la gaine des vaisseaux fémoraux et celle du nerf sciatique. Nous avons dit plus haut que l'implication du cotyle n'était pas pour nous une contre-indication. Les malades chez lesquels on a ruginé cette cavité malade ont très-bien guéri. Mais les chirurgiens qui, suivant la proposition de Bauer, n'ont pas voulu détruire par un moyen quelconque les portions cariées de cette portion du squelette, ont eu des fistules intarissables et ont perdu leurs malades. Le pus qui a pour cause la cavité cotyloïde, ou seulement sa face profonde du côté du bassin, s'accumule entre cet os et la face externe de l'aponévrose du muscle obturateur interne ; de là il fuse dans la fosse ischio-rectale en dehors du muscle releveur de l'anus, pour venir plus tard s'ouvrir au pourtour de cette ouverture naturelle et constituer une variété de fistule à l'anus ; d'autres fois le pus, perforant le releveur de l'anus, se vide dans le rectum et est expulsé avec les matières fécales, comme il y en a un exemple dans nos observations. Il

(1) *Lancet*, t. 1, 1868.

peut s'ouvrir encore dans le canal de l'urèthre, comme dans le cas rapporté par M. Marjolin. D'autres fois on l'a vu se vider dans la vessie ou le vagin. Si au contraire au lieu de fuser vers l'intérieur, le pus gagne les parties superficielles, pour s'ouvrir au dehors, il gagne le plus souvent l'épine iliaque antérieure et inférieure. M. Hancock (1) est un des premiers qui aient attiré l'attention sur ce point. Il explique ce point d'élection de l'ouverture de l'abcès par la position que prennent les malades pendant l'évolution de la coxalgie. Avec un stylet recourbé introduit par cette ouverture, on arrive facilement en arrière et en bas sur le cotyle malade, dont on peut souvent sentir la crépitation. Si l'abcès était au contraire symptomatique d'une altération du muscle psoas, le stylet ne pourrait pénétrer qu'en arrière et en haut suivant la direction de ce muscle.

Quelle doit être la conduite du chirurgien, s'il parvient par les différents moyens de diagnostic à constater la perforation du cotyle et la formation d'un abcès dans le bassin? Attendu que le pus gagnant le petit bassin entraîne le malade de péritonite comme cela s'est vu plusieurs fois, mieux vaut selon nous opérer comme l'a fait Hancock, qui a eu un plein succès. Plusieurs chirurgiens américains et anglais ont suivi son exemple et hérité de ses succès. Barwell à lui seul a opéré, en 1865, 4 malades présentant ces graves complications, et il a eu 3 résultats excellents sur ce nombre. C'est un chiffre à encourager tous ceux qui voudront marcher sur ses traces.

(1) Hancock, *Lancet*, t. 1, 1857.

CHAPITRE IV.

OPÉRATION.

Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord aujourd'hui sur la facilité de la résection coxo-fémorale, surtout si on la compare à celle du genou, de l'épaule ou du coude. De plus, la région sur laquelle on opère met à l'abri de l'hémorrhagie par l'absence de vaisseaux sanguins assez considérables pour fournir une perte de sang inquiétante. Il est vrai que le malade de Roux perdit 300 grammes de sang, mais l'hémorrhagie fut arrêtée facilement par le tamponnement et une légère compression. Quant à celui de Walton, qui mourut d'une hémorrhagie foudroyante, l'autopsie démontra la présence d'une ulcération sur la veine crurale, à l'embouchure de la fémorale profonde, provoquée par une infiltration purulente qui avait disséqué et isolé au loin ces vaisseaux. Évidemment cette lésion vasculaire était indépendante de l'opération, et il faudrait supposer une maladresse bien grande de la part de l'opérateur pour atteindre avec l'extrémité du couteau les vaisseaux fémoraux assez éloignés du siège de l'opération. L'incision étant faite à la partie postérieure n'intéresse que les muscles fessiers aux environs de leurs attaches au fémur, et l'on ne rencontre à ce niveau que des artères fessières et ischiatiques; il faudrait, pour intéresser le tronc même de ces vaisseaux, se porter beaucoup plus en arrière, ce qui serait d'abord sans utilité et ce que l'on ne pourrait faire sans s'exposer à blesser en même temps le nerf sciatique.

La facilité de l'opération présente des degrés selon la simplicité ou les complications de la maladie. Quand la coxalgie s'accompagne de luxation dans la fosse iliaque externe (1), la tête étant plus superficielle, et ayant perdu ses attaches avec la cavité cotyloïde, est beaucoup plus facile à mettre à nu et à faire saillir à travers la boutonnière des parties molles. Si au contraire elle est retenue au fond de la cavité cotyloïde par des stalactites osseuses, sa luxation au dehors devient pleine de difficultés, et souvent alors le chirurgien est forcé de faire d'abord la section de la tête pour la séparer ensuite du cotyle à l'aide de cisailles et d'une forte traction.

Les différences les plus grandes qui existent entre les divers procédés proposés ou pratiqués par les auteurs portent surtout sur l'incision des parties molles; les premiers qui étudièrent ce manuel opératoire, Charles White, Vermandois, Rossi, Anthony White, pratiquèrent une incision longitudinale sur le côté externe de l'articulation. Pour White de Westminster, cette incision commençait à un pouce au-dessus de la tête fémorale et finissait à deux pouces au-dessous. Cette incision simple fut adoptée par MM. Langenbeck, Sédillot, Giralès, etc.

Textor, Velpeau, Chassaignac, Billroth, Fock, Barwell et la plupart des chirurgiens préférèrent une incision curviligne à convexité postéro-inférieure.

Enfin, M. Roser (2), de Marbourg, attaque l'articulation par sa face antérieure dans le cas où la tête est encore dans la cavité cotyloïde, ou, si le cotyle s'est évasé vers son bord antérieur, alors surtout que la tête fait une saillie par une ouverture antérieure de la capsule. Dans ces cas, dit-il, le membre est dans la rotation en dehors.

L'incision qu'il pratique est horizontale suivant la direction du col. Elle commence à sa base près du grand trochanter et s'arrête vers le milieu du pli de l'aîne, c'est-à-dire au niveau du

(1) Bauer, de Brooklyn (N. Y.), nie formellement les luxations spontanées, et il dit ne les avoir jamais rencontrées pendant une pratique étendue de quinze ans. L. Bauer, *On joint diseases* (Canada med. Journ., vol. III et IV, 1867).

(2) Roser, *Handbuch. d. anat. Chir.*, 1853, p. 630.

nerf crural. Elle divise les muscles iliaque, couturier, droit antérieur, et tenseur du *fascia lata*. Ce procédé est passible d'un grave reproche : il expose à la lésion du nerf crural et des vaisseaux fémoraux voisins. Il ouvre la gaine du muscle psoas iliaque et prépare de la sorte des fusées purulentes du côté de la cuisse et du bassin ; de plus, l'incision ainsi faite est peu favorable à l'écoulement du pus. Enfin il ne permet pas d'enlever plus que la tête et le col du fémur, ce qui pour certains cas ne permet pas d'enlever toute la partie d'os malade. M. Simon, qui adopte le procédé de Roser pour les cas de luxation ilio-pubienne, et, il faut bien le dire, ces cas ne se rencontrent presque jamais dans la pratique, ajoute à l'incision horizontale une incision verticale de 6 centimètres, qui longe le côté externe du nerf crural. Cette incision en T donne plus d'espace à l'opérateur, et permet une section du fémur.

Dans un cas, le n° 75 de notre tableau, où la carie de la tête du fémur était la conséquence d'une plaie par piqûre en dedans des vaisseaux fémoraux, M. Simon élargit la plaie en haut jusqu'au ligament de Poupart, et en bas assez loin pour avoir une incision verticale de trois pouces, à un demi-centimètre en dedans de la veine fémorale. La capsule fut trouvée ouverte et la tête fut luxée sur le bord antérieur du cotyle par la rotation du membre en dehors combinée avec l'extension forcée. La tête vint saillir facilement hors de la plaie. Les vaisseaux ne furent pas lésés. Nous avons cité cet exemple, parce qu'il est le seul où la résection de la hanche fut faite en dedans des vaisseaux fémoraux (1).

Mais l'incision simple en arrière du grand trochanter, qui de nos jours est la plus souvent pratiquée, doit être préférée à toute autre. Nous nous rallions complètement à M. Chassaignac, qui a tant insisté sur la simplicité de ce procédé. Il est d'autant préférable, que le plus souvent, quand une luxation existe, elle se fait en arrière et en haut dans la fosse iliaque externe. La tête est superficiellement placée, séparée de la peau

(1) *Deutsche Klinik*, 1866.

par les seuls muscles fessiers ; le pus a un écoulement facile, et, ce qui est un très-grand avantage pour les suites de l'opération, les pansements peuvent être faits sans qu'on imprime au malade de trop grands mouvements et par suite sans qu'on excite la douleur. Nous avons précédemment fait ressortir un autre avantage non moins considérable de ce procédé ; il n'expose pas à l'hémorrhagie, et nous tenons comme très-dangereux le procédé de Simon, qui n'aura pas, nous l'espérons, d'imitateurs.

Le col fémoral une fois mis à nu par l'incision verticale postérieure, un bistouri est porté au fond de la plaie qui divise la capsule fémorale transversalement à ces fibres. Puis, le fémur légèrement fléchi sur le bassin et la jambe sur la cuisse, celle-ci est portée dans l'adduction forcée et dans la rotation en dedans ; la tête du fémur vient facilement faire saillie à travers la boutonnière des parties molles. Souvent le chirurgien, pour faciliter cette luxation en dehors, est obligé de porter l'instrument tranchant sur le ligament rond qui retient la tête du fémur au fond de la cavité cotyloïde. Mais il faut bien le dire, ce ligament, ramolli par l'inflammation, éraillé et souvent détruit, n'entre pour rien dans la difficulté du manuel opératoire. C'est qu'alors la capsule n'a été qu'incomplètement divisée, et il est facile d'achever sa section. La tête une fois ramenée au dehors est divisée avec la scie ordinaire aidée de la sonde de Blandin, ou bien avec la scie de Butcher, dans quelques cas avec la scie à chaîne.

Quelques auteurs, Chassaignac, O. Heyfelder (1) entre autres, recommandent de pratiquer la section du fémur d'abord, pour enlever ensuite la tête fémorale en s'aidant du tire-fonds ou de forts daviers. Nous ne croyons pas que cette pratique doive être acceptée ; elle présente beaucoup plus de difficultés que l'opération avec luxation préalable. La section est pénible et, une fois faite, l'opérateur a perdu le bras de levier qui lui permettait d'amener facilement la tête fémorale au dehors. Ce procédé serait bon cependant pour les cas où des stalactites osseuses im-

(1) *Loco citato*, p. 59.

mobilisent le fémur sur le bassin, et ne permettent pas sans fracture les mouvements indispensables pour amener la luxation de la tête. Pour tous les autres cas, il doit être rejeté.

M. Holmes, avant de faire la section de l'os, coupe avec soin le périoste pour éviter sa destruction par les mâchores de la scie. D'autres auteurs, à l'exemple de M. Ollier, détachent le périoste épaissi par l'inflammation, dans le but d'assurer la reproduction de la portion d'os enlevée. Outre que cette partie du manuel opératoire est laborieuse, souvent impraticable, elle n'a donné dans la main de ses auteurs aucun résultat bien net de nature à encourager leurs imitateurs.

Quelle que soit la méthode qu'on ait adoptée pour pratiquer la section de l'os, une fois faite, il faut examiner avec soin la surface de la coupe pour voir si tout ce qui était malade a été enlevé; parfois une seconde résection sera nécessaire, et l'on pourra ainsi être amené à faire porter l'action de la scie jusqu'au niveau et même au delà de la partie malade. *Totum eximendum est*, dit Celse, qui avait compris la nécessité d'enlever toute la partie de l'os touchée par la carie.

Les observations sont là, pour donner ce témoignage que toutes les fois que le chirurgien n'a pas obéi à ce précepte, la maladie a pu se propager aux os du bassin ou s'étendre au loin dans la diaphyse du fémur. C'est donc là un point capital qu'il ne faut pas négliger quand on pratique l'opération. Pour ce qui a trait au cotyle, les chirurgiens sont revenus de l'erreur ancienne qui regardait comme très-dangereuse toute opération d'extraction pratiquée sur cet os. On lira dans nos observations que ces tentatives, loin d'être préjudiciables au malade, étaient souvent amenées par la désorganisation complète de cette portion du squelette et par des infiltrations de pus qui s'étaient formées derrière la cavité cotyloïde. Dans ces cas, la rugination et la résection de cette cavité ont amené au dehors le pus, qui, emprisonné, aurait pu pénétrer dans le bassin et amener des complications graves. Mieux vaudrait ne pas faire l'opération que de la laisser inachevée en laissant en place des portions d'os malades. Ce serait exposer le malade à une suppuration intarissable et à l'envahissement fatal de la carie par voisinage.

M. Bauer, de Brooklyn, ne partage pas cette manière de voir, il se contente de ruginer légèrement la cavité cotyloïde, se fiant aux efforts de la nature pour réparer ce qu'il se sent impuissant à faire.

Si la carie du fémur s'étend au loin sur cet os, quelle doit être la conduite du chirurgien ? Et d'abord il doit toujours réséquer sans marchander le grand trochanter qui est nuisible pour deux raisons. Il vient faire saillie à travers l'ouverture de la plaie et s'opposer à sa cicatrisation, de plus son tissu spongieux est très-naturellement prédisposé à la carie, soit primitive, soit consécutive à l'opération. Mais si la lésion ne se borne pas là et s'étend beaucoup plus bas, si le périoste est décollé dans la diaphyse du fémur, on ne peut guère espérer la guérison d'une plaie aussi vaste. Aussi beaucoup d'auteurs, et leur conseil est sage, conseillent-ils de pratiquer la désarticulation. MM. Barnes et Henry Lee, de Londres, ont dû prendre cette décision. C'était aussi l'avis de MM. Follin, Chassaignac, Verneuil et Legouest, pour n'en citer que quelques-uns, lorsqu'en 1861 M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital de Perpignan, demandait l'avis de la société de chirurgie sur l'opportunité de la désarticulation de la cuisse pour un cas de fémoro-coxalgie. M. Larrey avait décidé la désarticulation au Val-de-Grâce pour ce même cas.

Si le fémur présente, au lieu de ces lésions d'ensemble, quelques foyers isolés de suppuration, mieux vaut faire l'évidement proposé par Moreau, et prôné par Gerdy.

C'est surtout au grand trochanter que Sédillot a appliqué sa méthode d'évidement. Il la pratiqua pour la première fois en 1858. Nous pensons qu'il vaut mieux suivre la pratique de Holmes (1) et l'avis de Malgaigne (2), d'enlever cette apophyse, qui d'ailleurs gênerait l'écoulement du pus et empêcherait de porter l'instrument tranchant sur le cotyle en cas de besoin. On perd par cette manœuvre les insertions des muscles fessiers, mais elles se rétablissent lors de la guérison définitive par l'in-

(1) Holmes, *A system of surgery*, t. III, p. 815.

(2) Malgaigne, *Méd. op.*, 1861.

terposition d'un tissu fibreux de nouvelle formation entre l'extrémité des muscles divisés et la partie correspondante du fémur.

L'opération terminée, on applique quelques points de suture, en ayant soin de ménager une ouverture pour l'écoulement du pus sur la partie déclive. Comme le plus souvent il existe une flexion vicieuse de la cuisse, il est bon de maintenir l'extension à l'aide d'une attelle, qu'on applique alors que le malade est encore sous l'influence du chloroforme.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Le traitement consécutif est de la plus haute importance ; il comprend les moyens thérapeutiques employés pour modifier la plaie dans toute sa profondeur et en amener la cicatrisation, la position à donner au membre pendant les diverses périodes de la réparation, point capital, puisque le but est de rendre au malade l'usage du membre avec le moins de raccourcissement possible, et enfin le traitement général pour modifier la constitution toujours affaiblie de l'opéré, et lui permettre de supporter les pertes de la suppuration et les frais d'une réparation étendue.

Le pansement après l'opération doit être aussi simple que possible : on a le premier jour introduit dans la plaie quelques bourdonnets de charpie pour empêcher la tendance qu'a toute plaie récente à verser du sang. Le lendemain ou le surlendemain, suivant les cas, alors que la plaie commence à suppurer, on enlève le premier appareil, et on le remplace par quelques compresses imbibées d'eau et recouvertes de taffetas gommé pour s'opposer à leur dessiccation. Le tout est maintenu par un bandage de corps ou par quelques bandelettes de diachylon. Si l'inflammation prend un degré très-marqué d'acuité, et si les bords de la plaie sont rouges, boursoufflés et très-douloureux, on pourra faire des fomentations émollientes ou des applications de cataplasmes souvent renouvelés. Nous ne sommes pas d'avis qu'il faille insister longtemps sur ce dernier moyen ; autant le

cataplasme est bon pour calmer une exacerbation de l'inflammation qui a son summum les premiers jours qui suivent l'opération, autant son application intempestive et trop longtemps continuée est mauvaise, en ce sens qu'elle prépare et facilite la suppuration dont la quantité devient très-abondante en épuisant d'autant plus le malade. Ces raisons font que ce moyen topique a perdu beaucoup à l'étranger de la faveur dont beaucoup de chirurgiens l'entourent encore en France.

Le drainage a ici une de ses plus belles applications. La plaie est profonde, irrégulière, le pus a de la tendance à stagner et ne s'écoule que difficilement au dehors. Les tubes de M. Chassaignac qui n'ont pas suffisamment été employés dans le cas qui nous occupe, donneraient, nous n'en doutons pas, de très-beaux résultats, d'autant plus qu'ils pourraient servir à conduire au fond de la plaie des injections simples ou médicamenteuses, telles que l'eau alcoolisée, iodée, etc. Sédillot, qui s'est servi de ce moyen, lui attribue une large part dans la guérison d'un de ses malades opéré en 1865. Fock conseille l'emploi de coton recouvert d'une pommade au nitrate d'argent. Son utilité ne nous paraît qu'exceptionnelle. Ce qu'il faut surtout éviter ce sont les douleurs provoquées par des pansements trop compliqués, elles donnent lieu à des contractions musculaires réflexes qui retentissent sur le fémur fortement tiré en haut par elles et dont le déplacement incessant entrave la réparation.

Comme la position la plus convenable à donner à l'opéré est le décubitus dorsal, il est nécessaire de prendre tous les soins pour éviter les eschares. Sans parler du hamac de Heath, bien connu, et qui a l'inconvénient de presser sur les lèvres de la plaie, beaucoup d'autres moyens ont été imaginés. Le meilleur sans contredit est le matelas imperméable rempli d'eau (*water-bed*). On peut se le procurer facilement.

Quelques chirurgiens, dans le but d'éviter la formation des eschares, ont proposé le décubitus sur le côté sain. Cette position est des plus mauvaises. Le membre opéré n'étant plus soutenu, tend à se porter dans l'adduction en croisant la cuisse opposée. Le résultat de cette position est de faire saillir le grand trochanter entre les lèvres de la plaie, en même temps que par

son ascension qui n'a plus d'obstacles, il amène un raccourcissement souvent considérable du membre.

Le membre opéré tend ordinairement à se fléchir. Il faut s'opposer à ce mouvement et maintenir le membre dans l'extension absolue, en même temps que corriger la rotation en dedans ou en dehors. Pour cela les chirurgiens ont imaginé un grand nombre d'appareils ; le plus connu est l'appareil de Liston, renouvelé de Boyer, et qui a subi diverses modifications. M. Fergusson a fait usage de l'attelle de Liston, mais interrompue au niveau de la hanche, et remplacée par un demi-cercle de fer reliant solidement l'appareil. L'arc de cercle limite un espace dont la plaie occupe le centre. Elle est très-accessible et peut être pansée facilement. L'attelle s'étend du thorax à quelques centimètres au delà du pied. Là elle présente une planchette sur laquelle le pied est fixé. Une vis opère une traction progressive sur la totalité du membre, tandis que la contre-extension est effectuée par un sous-cuisse qui se fixe à l'autre bout de l'appareil.

L'appareil de Price construit sur ce modèle présentait comme différence une charnière au niveau de la hanche, qui permettait à volonté de porter le membre dans l'adduction ou l'abduction. M. Ure, un des premiers, fit cette remarque féconde en résultats, que l'abduction du membre prévenait son raccourcissement ou du moins en diminuait l'étendue.

M. Holmes (1) ayant reconnu que les appareils effrayent les enfants, emploie un moyen qu'il recommande. Il consiste en longs sacs remplis de sable que l'on dispose de chaque côté du membre. Une fois la cicatrisation de la plaie avancée, il pratique l'extension au moyen d'un poids attaché à l'extrémité du membre et remplace les sacs par des attelles. Ses succès sont là pour attester de l'efficacité de son procédé.

M. Giraldès emploie une double attelle fort simple et qui remplit bien les indications. L'appareil dont se servait M. Gosselin est décrit avec tous ses détails dans la thèse de M. Labbé pour le concours de l'agrégation. C'est une espèce de gouttière de

(1) *Lancet*, 1864, t. II, p. 19.

bois très-léger aussi efficace d'après son auteur que celle de Bonnet si dispendieuse et si difficile à se procurer en province, aussi bien que tous les appareils imaginés par les Anglais.

Il en est un cependant qui, pour nous, doit être préféré à tout autre. C'est l'appareil de Barwell, que nous avons fait dessiner ici. Il se compose de l'attelle de Liston telle que nous l'avons décrite plus haut avec son armature demi-circulaire de fer. De plus il présente à son côté externe une charnière D, qui permet les mouvements d'abduction en empêchant l'adduction du membre. Son extrémité supérieure terminée en croissant vient prendre un point d'appui sur l'aisselle; tandis que son extrémité inférieure est munie de deux poulies de renvoi en G et G', qui laissent glisser une corde qui se fixe par une de ses extrémités à un large étrier rembourré et bouclé J, qui saisit le cou-de-pied, tandis que l'autre extrémité tendue s'attache à un bouton en L. Une bande épaisse de caoutchouc en F assure l'extension continue. Elle a reçu le nom d'accumulateur (voy. fig. 1).

Cet appareil de Barwell présente le grand avantage de sup-

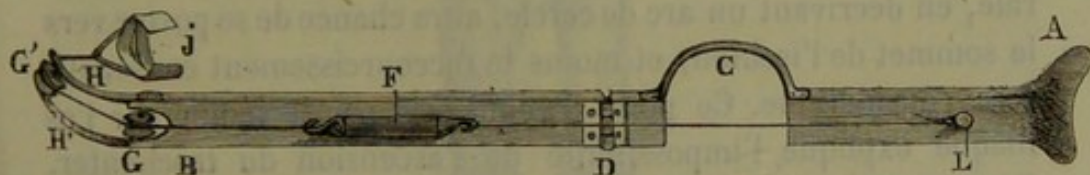


FIG. 1. — Appareil à extension et abduction, de Barwell.

primer le sous-cuisse contre extenseur, si douloureux à supporter et qui si souvent amène des eschares. Il prend un point d'appui solide sous l'aisselle plus facile à surveiller. La corde élastique est bien préférable à la vis de l'appareil de Fergusson, qui fait une extension aveugle et impossible à calculer. Avec l'appareil de Barwell on pourrait avoir la mesure exacte de la traction, avec un dynamomètre sur le trajet de la corde, et l'on ne serait pas exposé à des alternatives de cessation ou d'augmentation de la force de traction, si communes avec tous les autres appareils.

Mais l'utilité la plus grande de cet appareil est de pouvoir incliner le membre opéré dans l'abduction. Cette position est in-

dispensable selon nous pour prévenir un raccourcissement trop grand du membre. Comment agit-elle ? Est-ce en relâchant les muscles fessiers, qui pour la plupart des membres de la société de chirurgie sont les agents de l'ascension du grand trochanter ? Nous ne le pensons pas, car si les muscles fessiers sont relâchés et si nous avons une détente de ce côté, les muscles adducteurs tout aussi puissants et qui n'ont pas perdu comme les premiers la plupart de leurs attaches au fémur, se trouvent étendus par l'abduction forcée et sont dans la position la plus active pour amener l'ascension du fémur. Quoi qu'il en soit, les malades dont le membre opéré a été maintenu dans l'abduction forcée, guérissent avec un faible raccourcissement. Nous allons à l'appui de ce fait fournir une observation très-concluante. Voici pour nous l'explication de ce fait indéniable et qui n'a été donnée par aucun auteur. L'abduction n'agit pas comme le veut Barwell, en annulant les effets de la contraction des fessiers, mais elle oppose l'extrémité réséquée du fémur à un point du sourcil cotyloïdien, ou de l'ischion, suivant le degré d'abduction donné au membre. Plus l'abduction sera grande, plus l'extrémité fémorale, en décrivant un arc de cercle, aura chance de se porter vers le sommet de l'ischion, et moins le raccourcissement consécutif sera considérable. Ce point d'appui pris par le fémur sur l'os iliaque explique l'impossibilité de l'ascension du trochanter. Cette explication très-plausible est basée sur la lecture des observations, où après le traitement par l'abduction on voit des adhérences s'établir entre l'ischion et le fémur qui sont ainsi maintenus solidement en rapport. Dans les cas au contraire où l'adduction a été conservée pendant toute la durée du traitement, le trochanter s'éloignant de l'os iliaque en même temps qu'il remonte, en est séparé par les parties molles qui s'interposent entre eux. Les liens qui unissent les deux os, outre qu'ils sont très-longs, n'ont pas de solidité, et le malade n'a pour la marche qu'un membre flottant et sans utilité.

Nous donnons ici les observations de deux malades opérés par Barwell au mois de mai 1865, au Charing Cross Hospital à Londres, et traités par son appareil. Nous avons fait dessiner le ré-

sultat de l'opération d'après les photographies que M. Barwell a bien voulu nous envoyer.

N° 1. Garçon de sept ans qui subit la résection de la hanche, pour une carie avancée de l'articulation. La section du fémur fut pratiquée au-dessous du grand trochanter, tout le plancher de la cavité cotyloïde fut excisé. Cette ouverture donna issue à une grande quantité de pus provenant du bassin. La guérison fut lente mais complète. L'extension et l'abduction furent maintenues par l'appareil de Barwell. Le raccourcissement du membre



FIG. 2.

guéri était de trois quarts de pouce. Le malade marche très-bien et sans support (voy. fig. 2).

N° 2. — Ce garçon, âgé de six ans, subit la résection en mai 1865. La section du fémur fut faite au-dessus du grand trochanter. Le malade indocile ne put supporter l'appareil ni l'abduction où on voulait le maintenir. Il guérit néanmoins très-

rapidement avec un raccourcissement de 2 pouces un quart (voy. fig. 3). Chez lui cette différence ne peut tenir à la longueur du fémur enlevé, puisqu'elle est moins considérable que celle réséquée sur le premier et qui cependant eut un raccourcissement moindre ; elle a sa cause, d'après Barwell, et nous partageons sa manière de voir, dans la position vicieuse que le malade donna au membre opéré et dans son indocilité à supporter tout appareil. Aujourd'hui M. Barwell donne au membre le plus d'adduction possible, et il parvient par ce moyen à avoir des guérisons avec des raccourcissements minimes, pourvu toutefois que la résection de l'os n'ait pas été trop considérable.

L'extension du membre et les mouvements communiqués ne

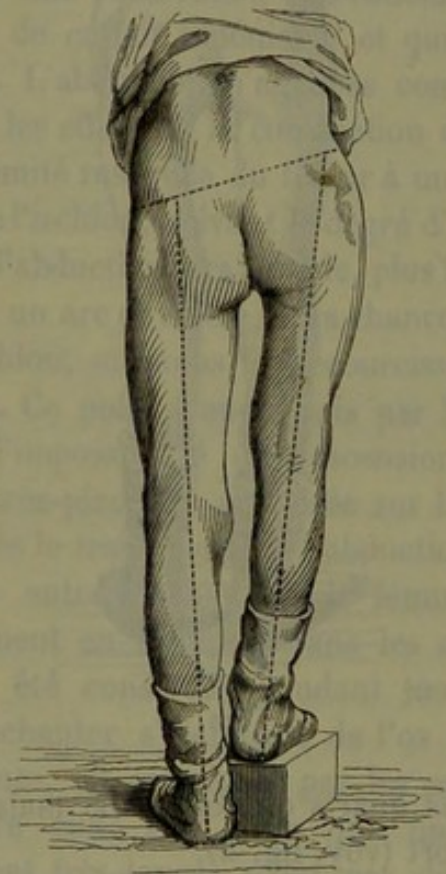


FIG. 3.

devront pas être exercés avant la sixième ou la huitième semaine, selon la pratique d'O. Heyfelder. On ne devra dans aucun cas suivre la pratique de M. Sayre, qui conseille des mouvements dès le huitième jour après l'opération. Cette pra-

tique aurait le danger de détruire les adhérences qui commencent à se faire entre les deux os et de gêner leur formation. Par contre, il ne faut pas trop attendre de peur de l'ankylose.

Il faudra insister sur un traitement général tonique et réparateur. On administrera avec avantage les préparations de fer et de quinquina, l'huile de foie de morue. Il faudra surtout insister sur une alimentation réparatrice et donner au malade, en même temps que de la viande grillée, du vin et de l'alcool, comme en Angleterre et en Amérique, où les opérations donnent des résultats meilleurs qu'en France, comme le prouvent les statistiques. — Les bains tièdes prolongés ont été administrés avec avantage en Allemagne par Langenbeck et Bardeleben.

CHAPITRE VI.

DES SUITES DE LA RÉSECTION.

§ 1. — *Ankylose.*

Il semble, de prime abord, qu'à la suite de la résection de la hanche, la formation d'une réunion osseuse, d'une ankylose, accompagne le plus souvent la guérison de la perte de substance, comme conséquence naturelle et désirable. Les extrémités osseuses dépouillées de leur cartilage et avivées par l'instrument, se trouvent dans les conditions de deux fragments d'un os fracturé avec communication du foyer de la fracture avec l'air. Les deux surfaces mises en contact, qu'elles appartiennent au même os ou à deux os différents, seront réunies par le même mécanisme, par le même processus pathologique. Dans les deux cas, le cal s'interposant et englobant les extrémités en contact, les maintiendra par le dépôt d'une substance osseuse de nouvelle formation en continuité directe avec l'os ancien, nous aurons un cal s'il s'agit d'une fracture, une ankylose vraie ou osseuse s'il s'agit d'une articulation reséquée. Cette théorie reçoit-elle son application dans le cas qui nous occupe, et sinon, quelles sont les conditions qui, s'y opposant, entravent le travail régulier de la réparation articulaire ?

De toutes les causes qui s'opposent à la formation de l'ankylose, la plus puissante est l'action musculaire qui empêche la coaptation des parties osseuses avivées. Les muscles puissants qui se portent du bassin au fémur, après que celui-ci a perdu les liens et le point d'appui qui le fixaient à la cavité cotyloïde,

tendent à l'entraîner incessamment en haut, en vertu de leur contractilité et des phénomènes de rétraction qui accompagnent l'inflammation qui rayonne du foyer de l'opération. Les adducteurs seraient, pour un certain nombre d'auteurs, les agents de cette ascension du fémur, qui reconnaîtrait, selon la plupart des membres de la Société de chirurgie, pour moteurs les muscles fessiers, beaucoup plus puissants que les premiers et exerçant leur traction dans une direction plus parallèle au mouvement produit. Quelles que soient les forces qui déplacent le fémur, la position où s'arrête définitivement son extrémité réséquée est variable suivant les cas, tantôt elle se fixe près du rebord cotyloïdien, qui s'aplanit en ce point; tantôt poursuivant son déplacement ascendant elle gagne la fosse iliaque externe ou des points intermédiaires. Là où elle se fixe définitivement, elle se creuse une cavité de réception nouvelle, tandis que l'ancienne se comble par le dépôt d'un tissu fibro-cartilagineux et même osseux.

Un autre obstacle non moins sérieux à la consolidation osseuse tient aux mouvements du bassin sur la cuisse qu'il est difficile, je dirai même impossible d'éviter. Tout le monde connaît la difficulté que le chirurgien rencontre à immobiliser l'articulation coxo-fémorale chaque fois qu'il veut calmer par le repos absolu l'inflammation qui s'en empare, avec les appareils les mieux appropriés. Cette difficulté a sa cause dans les muscles puissants qui agissent sur le bassin et dans l'impossibilité de trouver sur celui-ci des points d'appui suffisants. Ces inconvénients n'apparaissent jamais si clairement que dans le cours du traitement de la fracture du col du fémur ou de la coxalgie au début. Mais ce qui était danger dans les cas précédents se retourne en avantages pour le résultat de la résection. Loin de rechercher ici l'ankylose, il faut l'éviter avec soin, car si elle supporte facilement le poids du corps, elle amène de la claudication et rend la marche difficile, disgracieuse et fatigante pour le malade. On prévient ce résultat possible, mais peu probable, pour les raisons que nous avons données, en communiquant de bonne heure des mouvements au membre opéré, qui auront le double résultat de combattre la rigidité musculaire et

de rendre plus flexibles les nouveaux liens en voie de formation.

Enfin, il est une autre cause qui prévient l'ankylose, c'est l'interposition des parties molles périarticulaires. Les os sont séparés l'un de l'autre par les muscles, le tissu cellulaire et les parties fibro-tendineuses qui, au moment de l'opération, tendent à prendre la place de la portion d'os enlevée formant comme une gangue, qui sera le centre de formation des nouveaux moyens d'union et de glissement.

La terminaison la plus fréquente du travail réparateur qui suit la résection est, comme le prouve la statistique, la formation d'une nouvelle jointure. Ce résultat est d'observation ancienne, puisqu'il est noté par les expérimentateurs qui les premiers pratiquèrent l'opération sur les animaux. Depuis, il a été indiqué par la plupart des chirurgiens qui ont eu l'occasion de réséquer la hanche, et la science est en possession de plusieurs résultats remarquables. Nous ne pouvons, pour notre part, partager l'opinion de Sarazin (1), pour qui l'ankylose serait le désideratum de l'opération. Une pseudarthrose donnerait des mouvements incertains et dangereux, selon lui, et ne prêterait pas au membre inférieur la solidité qui lui est indispensable pour supporter le poids du corps. Or, cette théorie est démentie par les faits, puisque la statistique a prouvé que l'ankylose était plus nuisible qu'utile, et que des pseudarthroses de la hanche, à la suite de la résection, ont permis à beaucoup de malades de marcher *sans support ; dans quelques cas avec des mouvements presque normaux*.

Du reste, si cette terminaison est la plus désirable, elle a aussi l'avantage d'être la plus commune. Sur 52 cas de guérison à la suite de la résection, l'ankylose est notée une fois seulement. L'observation appartient à M. Mac Gregor de Glasgow. Nous en avons trouvé deux autres cas qui appartiennent à une série que nous avons exclue de notre tableau statistique, à cause de la persistance des fistules et de l'absence de guérison définitive ; l'un est de M. Heath, l'autre de Szygmanowski. Ce dernier est

(1) Thèse d'agrégation en chirurgie. Strasbourg, 1863.

remarquable. Les mouvements disparus de l'articulation coxo-fémorale ankylosée étaient remplacés par d'autres qui avaient leur siège dans les articulations du bassin. C'est là, du reste, un fait qui a été noté plusieurs fois pour des cas analogues. Les articulations des vertèbres lombaires entre elles et avec le sacrum, les symphyses sacro-iliaque et pubienne étaient douées de mouvements souvent étendus et pouvaient, par leurs mouvements combinés, suppléer à l'articulation détruite.

Sur les 52 cas de notre tableau statistique où la guérison a été définitive, 24 fois la mobilité de la hanche n'est pas spécialement indiquée. Il est probable que sur ce nombre plusieurs opérations se sont terminées par ankylose, mais le nombre doit en être relativement restreint. C'est une lacune regrettable et qui diminue notre tableau sans en restreindre cependant les conclusions.

§ 2. — *Utilité du membre opéré.*

Il est remarquable que dans certains cas où la mobilité accompagne la guérison de la résection, les mouvements peuvent s'accomplir sans gêne et presque avec la même facilité que normalement. Telle est l'observation qui est résumée dans le n° 5 de notre statistique. Un garçon de treize ans, arrivé au dernier degré du marasme, avec des trajets fistuleux nombreux entourant l'articulation de la hanche, se fracture le fémur vers sa partie moyenne, deux semaines avant l'opération. Le chirurgien fait la résection de toute la partie supérieure du fémur jusqu'au foyer de la fracture, c'est-à-dire une longueur d'os mesurant 8 pouces et demi à 9 pouces. Le périoste, facilement décollé dans toute cette étendue, est conservé. La tête du fémur était déjà détachée du col et ce dernier n'existait plus. Pour la cavité cotyloïde, elle fut gougée. Trois mois après l'opération, des mouvements spontanés s'exécutent dans la nouvelle articulation, et quatre ans plus tard le malade se trouve dans un état de santé parfaite. Il marche sans support, monte à cheval, et *la mobilité dans la nouvelle jointure est presque complète.*

Le cas qui a rapport au n° 9 de notre tableau est non moins

remarquable. Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans chez qui la tête du fémur, son col, les deux trochanters et 2 pouces du corps du fémur sont enlevés. Trois ans et demi après l'opération, il marche *sans support*. La mobilité de la hanche est complète. Le malade, qui est cocher, monte et descend facilement de son siège.

Le n° 12 a trait à un homme de vingt et un ans, qui, soumis à la résection de la tête du fémur avec évidemment du grand trochanter, faisait déjà des tentatives de marche deux mois après l'opération ; plus tard l'utilité du membre fut telle qu'il parcourait des distances considérables sans difficulté et sans douleur, se servant simplement d'une canne.

Le n° 19 se rapporte à un garçon de onze ans, que M. Berend présenta à la Société médicale de Berlin et qui, cinq mois après l'opération, était parfaitement guéri. Le membre opéré supportait très-bien le poids du corps et l'opéré marchait avec un bâton. Les mouvements de la nouvelle articulation étaient excellents. Raccourcissement de 1 pouce et demi. Il *pouvait fléchir la cuisse sur le bassin jusqu'à angle droit* (1).

N° 35. — Garçon de six ans qui, après la résection de la partie supérieure du fémur, marchait au bout d'un an, *sans support*. La nouvelle articulation avait tous les mouvements de l'ancienne, et le malade se servant parfaitement de son membre pouvait fléchir la cuisse, de sorte que son genou touchait le menton.

N° 110. — Fille de onze ans qui, un an après l'opération, pouvait marcher 2 milles *sans support*, avec une mobilité parfaite de la nouvelle articulation.

Nous croyons inutile de fournir un plus grand nombre d'exemples de l'utilité parfaite du membre à la suite de la résection, aussi bien que de la disposition heureuse de la nouvelle articulation, qui supplée celle que l'opération a fait dispa-

(1) *Eilfter Bericht über das gymnastisch orthopedische Institut zu Berlin*, 1863, p. 18.

raitre. Nous renvoyons à notre statistique et aux observations détaillées que les auteurs ont publiées et dont les plus importantes sont analysées dans notre travail. Au reste, celles que nous venons de résumer suffisent à prouver que des mouvements étendus peuvent être obtenus après la résection de la hanche et même qu'ils sont la règle.

La preuve anatomo-pathologique et la disposition de ces nouvelles jointures ont été fournies anciennement déjà par l'expérimentation sur les animaux, qui, déjà au temps de Vermandois, avait démontré la formation possible de fausses articulations, et la restauration simultanée des mouvements du membre, que semblait devoir gravement compromettre la mutilation de l'articulation normale. La pièce la plus concluante en ce sens fut présentée devant l'Académie des sciences de Paris, par B. Heine (1), au mois d'octobre 1834. Cet expérimentateur avait pratiqué la résection en novembre 1831, sur un chien de six ans, enlevant la cavité cotyloïde et l'extrémité supérieure du fémur jusqu'au-dessous du grand trochanter. L'animal fut sacrifié cinq mois et vingt et un jours après l'opération. Voici le résultat de la nécropsie :

Sur la partie qui correspondait au grand trochanter réséqué, dont on avait conservé avec soin le périoste, il y avait production osseuse nouvelle. Et sur elle venaient s'insérer les tendons et les fibres aponévrotiques qui y prenaient attache avant l'opération, et cela au moyen d'un tissu cellulaire feutré et croisé dans toutes les directions.

Une nouvelle capsule articulaire s'était formée aux dépens des muscles, des tendons, du tissu cellulaire et des débris de l'ancienne capsule, assez forte pour assurer tous les mouvements.

A la partie supérieure du fémur et à la place même du grand trochanter enlevé, existait une protubérance formée de toutes pièces et imitant l'ancienne.

Le petit trochanter arrondi au sommet, rétréci à la base, s'articulait avec l'ischion. Il donnait attache, par son sommet

(1) *Ueber die Resection des Hüftgelenkes*, v. S. Oppenheimer. Würzburg, 1840, p. 8. 51.

et à son pourtour, à plusieurs membranes épaisses servant à fortifier la capsule articulaire.

Le cotyle excisé fut trouvé rempli d'un tissu nouveau, d'une structure rappelant à la fois celle de l'os et celle du cartilage.

Voilà, certes, un bel exemple des efforts que l'organisme peut accomplir pour la réparation d'une portion importante du squelette. Mais on pourrait objecter, comme on l'a fait à Heine, que la résection avait été pratiquée chez un animal qui, mieux que l'homme, supporte et répare les pertes de substance, et qu'il n'y a d'ailleurs nulle analogie à établir entre le résultat d'opérations faites dans des conditions dissemblables ; que la réparation d'une résection pratiquée sans lésion articulaire et au milieu de la santé la plus parfaite, sera naturellement différente de celle qui attaquera des os cariés, et une constitution minée par une longue suppuration, incapable peut-être de fournir les matériaux propres à la reconstitution d'une jointure nouvelle.

Ici encore l'anatomie pathologique nous fournira des preuves palpables qui valent mieux que toutes les théories sur lesquelles on pourrait s'appuyer. La première des pièces anatomiques connues relativement à l'espèce humaine fut recueillie sur un opéré de A. White, qui mourut de phthisie cinq ans après l'opération, qui avait eu lieu en 1821.

La préparation est conservée au musée de Londres (n° 391). L'os iliaque (1) et la partie supérieure du corps du fémur sont grêles et légers. Ils sont solidement attachés l'un à l'autre par une capsule ligamenteuse complète. Les deux extrémités ainsi réunies sont douées de mouvements étendus. La partie du fémur qui remplace la tête repose sur la partie postérieure de la cavité cotyloïde, non pas directement, mais par l'intermédiaire d'un tissu fibreux solidement fixé au bassin.

Une pièce très-analogue à celle-ci a été présentée tout récemment à la Société pathologique de Londres par M. Holmes (2). Elle avait été prise sur une fille de quatre ans, chez qui l'on avait

(1) *Catalogue of the Museum of the College of surgeons, Pathological series, vol. IV.*

(2) *Transactions of Path. Soc. of London, t. XIV, p. 221.*

reséqué la tête du fémur et ruginé la cavité cotyloïde. L'enfant mourut d'une pneumonie accidentelle dix mois et demi après l'opération. On trouvait à l'autopsie l'extrémité supérieure du fémur arrondie et augmentée de volume par le dépôt d'une substance qui, à l'œil nu, ressemblait à du cartilage, mais qui, examinée au microscope, présentait une structure purement fibreuse. Cette sorte de tête reposait sur le fond du cotyle élargi et épaissi dans ses parois. Les deux os étaient maintenus en contact par des brides fibreuses et fibro-celluleuses nombreuses et fortes, qui se portaient de la tête au fond et au pourtour de la cavité cotyloïde qu'elles contribuaient à renforcer. Le tout était entouré d'une capsule épaisse ayant beaucoup d'analogie avec la capsule détruite. Les os étaient parfaitement sains.

L'expérience a démontré que dans les cas où les seuls efforts de la nature ont suffi à éliminer la tête fémorale, séparée du corps de l'os, comme dans les cas heureux recueillis par Schlichting, Schmalz, etc., où les malades ont pu marcher à la suite de cette crise favorable, une pseudarthrose en tout semblable aux précédentes s'était formée. Témoin le cas de Ried (1). Ce chirurgien fit l'extraction de la tête fémorale séparée du corps de l'os chez un garçon de quinze ans, qui mourut quelques années plus tard de maladie de Bright. On trouvait, à l'autopsie, une articulation nouvelle formée du côté du fémur par deux saillies, la supérieure représentant la tête, en rapport avec la partie supérieure du rebord du cotyle ; l'inférieure située immédiatement au-dessus du petit trochanter s'enfonçant dans la cavité cotyloïde. Ces deux éminences étaient attachées au cotyle par des brides fibreuses très-épaisses.

Il existe dans la science un bon nombre d'observations où l'état de la nouvelle jointure a été scrupuleusement noté. Mais il s'en faut de beaucoup que dans tous ces cas la nouvelle jointure soit dans ces conditions de solidité et de facile mobilité. Cela tient le plus souvent à la persistance des lésions osseuses qui, loin de s'éteindre, poursuivent leur marche envahissante et

(1) Ried, *Die Resectionen*. Iena, 1847.

ralentissent ou entravent le travail formateur de la réparation articulaire. Tels sont les cas de Textor, de Hancock, ce dernier décrit avec planche dans l'ouvrage de Barwell, p. 447, ceux de Davies, de Busch, etc. Ces observations ont néanmoins leur importance; elles prouvent que l'extrémité supérieure du fémur, entraînée en haut par la contraction musculaire, a été se fixer sur un point de la fosse iliaque externe plus ou moins rapproché du sourcil cotyloïdien, et que, si la lésion osseuse progressive n'a pas permis la formation d'une articulation bien complète, il s'est développé cependant des liens fibreux assez résistants pour fixer les os suffisamment en contact et permettre, au bout d'un temps assez court, des mouvements étendus et une marche assez facile, malgré la persistance de la lésion et la suppuration non tarie de la plaie faite par le chirurgien.

Nous donnons à la fin de ce chapitre la description, avec planche, d'une nouvelle articulation formée à la suite d'une résection de la hanche *pour ankylose*, pratiquée par M. Sayre, de New-York, en 1863. La malade, qui était âgée de vingt-quatre ans, mourut six mois et demi après l'opération, de phthisie pulmonaire. Qu'il nous soit permis de remercier ici M. Sayre de cette intéressante communication.

Soit dit en passant, l'opération que pratique M. Sayre n'a rien à faire avec le procédé de Rhea Barton, de Philadelphie,

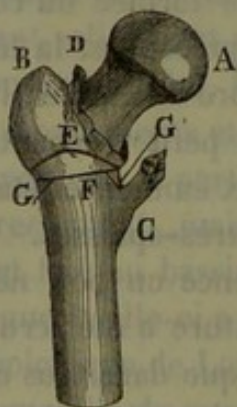


FIG. 4. — E, ligne de section semi-lunaire; F, ligne de section transversale; G G, les endroits où l'os fut arrondi.

ni avec celui de Rogers qui n'est qu'une légère modification de celui de Barton. — Sayre, pour conserver l'insertion du muscle psoas-iliaque et son action de flexion sur la cuisse, pratiqua

l'incision de l'os au-dessus du petit trochanter, enlevant une lame osseuse de forme demi-circulaire, à concavité inférieure, puis il arrondit le bout supérieur du segment inférieur, cherchant ainsi à imiter la disposition normale des surfaces articulaires, pour que la mobilité dans la nouvelle jointure eût plus de chance à se faire sans déplacement des surfaces (voy. fig. 4). Cette opération pratiquée par M. Sayre, en 1862, pour la première fois, fut des plus heureuses.

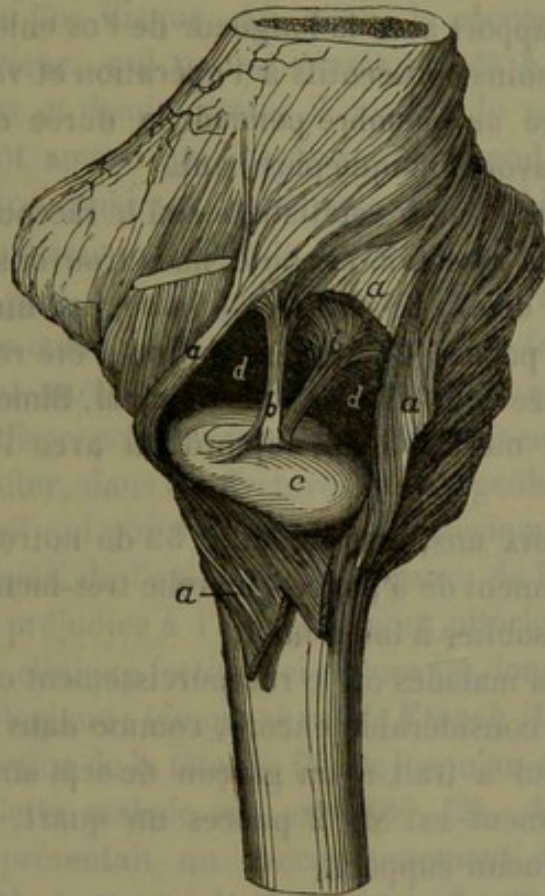


FIG. 5. — *a a a a*, nouvelle capsule articulaire ouverte et réfléchie; *b b*, deux ligaments de nouvelle formation; *c*, éminence articulaire couverte d'une couche cartilaginiforme; *d d*, nouvelle cavité de réception.

Sur la préparation dont nous donnons le dessin et qui provient de la seconde opération qu'il a faite, on trouve la formation d'une capsule articulaire nouvelle et complète, garnie à sa surface interne d'une couche cartilaginiforme et d'une sorte de membrane synoviale. La nouvelle tête d'emboîtement et la cavité cotyloïde sont lisses et recouvertes de tissu fibreux.

L'union des deux surfaces articulaires est complétée par un cordon fibreux résistant se fixant d'une part sur le sommet de la tête fémorale, et s'insérant par son autre extrémité bifurquée sur deux points de la cavité de réception. Ce cordon ligamenteux reproduit assez bien un ligament rond de nouvelle formation (voy. fig. 5).

§ 3. — *Raccourcissement.*

Le raccourcissement du membre n'est pas toujours, ni nécessairement en rapport avec la longueur de l'os enlevé. Il dépend beaucoup des soins consécutifs à l'opération et varie suivant la position donnée au membre pendant la durée du traitement, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Sur les 35 cas de notre statistique, où le raccourcissement du membre après la résection est noté, nous trouvons une moyenne d'un pouce et demi. Le chiffre minimum est un demi-pouce, le plus élevé 4 pouces. Ce dernier chiffre a été relevée sur une fille âgée de onze ans et demi, opérée par M. Simon, de Rostock (n° 40), et qui marche bien aujourd'hui avec l'aide de deux cannes.

Une fille de dix ans, inscrite au n° 32 de notre tableau, avec un raccourcissement de 3 pouces, marche très-bien à l'aide d'une canne et d'un soulier à talon haut.

Chez d'autres malades où le raccourcissement est moins prononcé quoique considérable encore, comme dans le cas de Barwell (n° 91), qui a trait à un garçon de sept ans, chez lequel le raccourcissement est de 2 pouces un quart, la marche est possible sans aucun support.

Comme dans la résection de la hanche, la section osseuse se pratique toujours au delà de la ligne épiphysaire, on pourrait craindre que cette portion de l'os, si importante dans son accroissement en longueur, dans l'enfance surtout, où se pratique souvent l'opération, ne fasse défaut en portant atteinte au développement ultérieur du fémur.

Les recherches de physiologie pathologique faites par Hales, Duhamel, Flourens, Toynbee, Humphrey, etc., aujourd'hui bien connues, ont démontré la part inégale que prennent les carti-

lages épiphysaires du fémur à son développement. D'après leurs travaux, l'accroissement en longueur de l'os se fait surtout et presque exclusivement par le cartilage épiphysaire inférieur, tandis que le supérieur contribue spécialement à l'allongement du col du fémur ; et comme ce dernier est incliné sur le corps de l'os sous un angle qui tend à se rapprocher de l'angle droit, il en résulte que la disparition du cartilage qui est le centre de ce travail formateur, ne portant aucune atteinte aux proportions du membre, amène seulement le rapprochement du grand trochanter et de l'os iliaque. Au reste, le raccourcissement du membre inférieur, qui est au maximum de 4 pouces, et en moyenne d'un et demi, comme il ressort de nos statistiques, est bien plutôt amené par l'ascension du grand trochanter que par toute autre cause ; et la preuve que c'est bien le cartilage épiphysaire inférieur qui joue le principal rôle dans l'allongement de l'os peut être tirée des observations de résection du genou chez les enfants, là où le membre reste frappé d'arrêt de développement après l'opération, et présente avec le membre opposé une disproportion frappante et très-nuisible pour la marche. M. Hüter, dans les Archives de Langenbeck pour 1866, a fait un travail qui porte ces mêmes conclusions.

Donc l'excision de l'extrémité supérieure du fémur n'apporte pas un grand préjudice à l'accroissement ultérieur du membre. L'observation clinique fortifie ici encore les données de la physiologie pathologique ; témoin ce cas de French (1), qui, en 1848, faisait la résection de la tête du fémur jusqu'au-dessous du petit trochanter. Cette malade vue en 1860 (2), douze ans après l'opération, présentait un raccourcissement de 2 pouces un quart, égal à la longueur de l'os enlevé ; de même, une malade âgée de neuf ans, opérée par M. Sayre, en 1854, est vue en 1868, quatorze ans après la résection de la hanche, et le raccourcissement du fémur n'est que d'un demi-pouce, preuve que l'os n'avait pas cessé de croître après l'opération.

(1) *Lancet*, 1848.

(2) Barwell, *loc. cit.*, p. 449.

OBSERVATIONS.

OBS. III. (BARWELL.) — *Garçon de dix ans. — Coxalgie avancée, abcès du bassin, trajets fistuleux dans l'aîne. — Résection à la partie supérieure du grand trochanter. — Excision de la cavité cotyloïde. Guérison.*

Georges A..., dix ans, entré au Charing Cross Hospital, service de M. Barwell, au mois de novembre 1863, pour une maladie de la hanche droite datant de dix mois. L'enfant a beaucoup souffert et surtout pendant les derniers mois de sa maladie, où les symptômes sont devenus plus aigus.

Le malade est arrivé au dernier degré du marasme, et tous mouvements lui causent des douleurs atroces ; la cuisse est fléchie sur l'abdomen et l'articulation de la hanche est entourée de trajets fistuleux ; en comprimant avec la main la fosse iliaque droite, il se fait un écoulement de pus par l'ouverture fistuleuse de la région inguinale.

La résection est pratiquée le 14 novembre 1863. La tête fémorale, quoique molle et prise de carie, n'était cependant pas assez malade pour donner lieu aux désordres constatés dans les parties molles. La section de l'os portait sur la partie supérieure du grand trochanter et mettait à découvert une caverne sinieuse pleine de pus et de débris d'os située dans l'intérieur du corps du fémur. Cette cavité fut nettoyée avec la gouge et débarrassée ainsi de tout le mal. Le bord et le fond de la cavité cotyloïde sont moux et rugueux, contenant quelques morceaux d'os nécrosés. Ceux-ci furent enlevés et la cavité cotyloïde gougée et perforée, pour permettre ainsi l'écoulement du pus de l'intérieur du bassin. Après avoir enlevé toutes les parties malades du cotyle avec la gouge et les cisailles, il reste un trou très-large conduisant dans l'intérieur du bassin.

Pendant que le malade est encore sous l'influence du chloroforme, on opère l'extension des muscles adducteurs et l'on place le membre opéré sur l'attelle à extension. L'enfant souffrait très-peu de l'opération et la convalescence, quoique lente, se faisait sans symptômes fâcheux.

Le malade quittait son lit le 21 mai 1864 pour la première fois, le membre est peu raccourci, mais on continue l'extension.

Le 25 juillet l'enfant commençait à marcher à l'aide de béquilles.

Au mois de février 1866, vingt-sept mois après l'opération, la guérison est complète; raccourcissement de 1 pouce et demi et marche sans support. (*Observation inédite.*)

OBS. IV. (BARWELL.) — *Fille de huit ans et demi. — Coxalgie ancienne. — Absès du bassin. — Trajet fistuleux dans l'aîne. — Résection de la tête fémorale et excision du fond de la cavité cotyloïde. — Guérison.*

Jane E..., âgée de huit ans et demi, souffrant de maladie de la hanche gauche depuis trois ans, entré dans le service de M. Barwell, au Charing Cross Hospital, au mois de mars 1863.

Il existe un abcès ouvert dans la région inguinale et derrière le grand trochanter; le raccourcissement du membre est de 2 pouces un quart; l'enfant souffre horriblement et est dans le marasme le plus prononcé.

La résection de l'articulation coxo-fémorale est pratiquée le 6 mars 1863. On arrive dans la jointure par l'incision curviligne derrière le grand trochanter; la tête du fémur est trouvée résorbée en grande partie, mais restant encore dans la cavité cotyloïde; la section de l'os porte sur le col. La cavité cotyloïde molle et cariée fut réséquée par la gouge; les parties malades furent ainsi enlevées et le fond de la cavité est perforé. A travers l'ouverture ainsi faite, s'écoula une quantité notable de pus de l'intérieur du bassin.

L'enfant souffrait très-peu de l'opération. Le membre est mis sur l'attelle à extension de M. Barwell et ainsi retenu dans la position la plus convenable.

La suppuration s'est beaucoup amoindrie dès le huitième jour.

Le 9 et le 21 avril s'éliminent des séquestres qui sont extraits par l'ouverture de la plaie, et dès ce moment la cicatrisation s'opérait avec rapidité, et le 8 juillet elle était parfaitement fermée.

Le 4 août, cinq mois après l'opération, la malade commençait à marcher à l'aide des béquilles, et le 19 octobre elle ne se servait que d'une seule béquille.

Le 4 avril 1864, treize mois après l'opération, l'enfant, complètement guérie, marchait à l'aide d'une canne et d'une chaussure à haut talon. (*Observation inédite.*)

OBS. V. — *Garçon de quinze ans ; coxalgie avancée ; abcès du bassin ; excision du cotyle ; mort ; autopsie.*

Thomas R., âgé de quinze ans, entré au Charing Cross Hospital, service de M. Barwell, le 3 mai 1867, pour une coxalgie à gauche très-avancée. L'enfant souffrait beaucoup, le membre est fléchi sur l'abdomen, abcès du bassin ouvert par un trajet fistuleux dans l'aîne, les parents refusent l'opération proposée. Malgré les soins et un traitement des plus appropriés, l'état général du malade s'aggrave de jour en jour. Épuisé par la suppuration et arrivé au dernier degré de cachexie, on demande l'opération comme dernière chance de salut.

La résection est pratiquée le 16 juillet 1867, le fond de la cavité cotyloïde fut enlevée, et pour donner issue au pus de l'intérieur du bassin. L'enfant souffrait moins, mais ne gagnait pas de forces ; le sixième jour les selles furent mêlées de pus, et bientôt l'enfant est pris de diarrhée et mourait d'épuisement le 22 août.

Autopsie. — Infiltration tuberculeuse du poumon droit. La rate et le foie sont mous, larges et pâles ; l'abcès du bassin occupe une grande étendue, et s'étend en arrière dans la fosse ischio-rectale s'ouvrant dans la partie inférieure du rectum ; cette ouverture est irrégulière et à bords fongueux et taillés à pic.

M. Barwell croit que le résultat fâcheux de ce cas pourrait avoir été évité si l'opération avait été acceptée quand elle fut proposée pour la première fois. (*Observation inédite.*)

Ces trois observations nous paraissent intéressantes, en ce sens qu'elles se rapportent à une complication grave de la carie du cotyle dont elles sont la conséquence : l'abcès du bassin. Le pus qui forme ce dernier a sa source dans les trois cas, non pas dans l'articulation, puisque le fond du cotyle n'était pas perforé, mais bien dans la face profonde du cotyle du côté du bassin. Le pus, en fusant en haut, a pu se faire un passage facile à travers les mailles du tissu cellulaire sous-péritonéal, après avoir perforé au préalable l'insertion du muscle obturateur interne. Dans les trois cas l'abcès s'est ouvert à l'aîne en versant au dehors une suppuration intarissable par la fistule qui ne pouvait guérir dans ces conditions. Barwell put reconnaître chez les trois malades la lésion de la face interne du cotyle à l'aide d'un long stylet recourbé qui lui donna la sensation de la carie et

qui lui permit d'arriver, avant l'opération, à la notion que l'os n'était pas perforé.

Il est utile de faire remarquer ici que la marche de ces trois abcès vers le pli inguinal est le cas ordinaire. Il est cependant des cas, rares à la vérité, où le pus s'est frayé une autre voie. Tel est le cas du malade de l'observation V. Chez lui, en même temps qu'il existait une fistule inguinale, il se fit une ouverture secondaire par le rectum ; l'autopsie apprit que ce chemin s'était fait à travers les fibres de l'obturateur interne et du releveur de l'anus. D'autres fois, le pus se porte vers les organes génito-urinaires ; tel est le cas d'Hancock, où l'abcès s'étendant au col de la vessie devint cause de rétention d'urine. Le même observateur a vu le pus se vider par le vagin, et M. Marjolin par l'urèthre. Mais ces cas sont exceptionnels.

Il est remarquable que les abcès symptomatiques de la carie du cotyle se portent toujours vers la région périnéale antérieure. C'est que le chemin de la région périnéale postérieure leur est fermé par la barrière de la forte aponévrose qui s'insère à l'épine et au ligament sciatique. Voilà pourquoi ces abcès ne s'ouvrent jamais vers le sacrum ou la région fessière.

Sur les trois malades dont nous publions les observations, le dernier fut opéré trop tard, de l'aveu du chirurgien lui-même, qui avait été arrêté par la famille du petit malade. Les deux autres survécurent et arrivèrent à une guérison radicale sans fistules consécutives ; le n° III avec un pouce et demi de raccourcissement seulement. Ils ont été revus, ce dernier deux ans et trois mois après l'opération ; le n° IV, dix-neuf mois après cette époque. Chez eux le cotyle avait été reséqué et le pus avait coulé facilement par l'ouverture de la résection. L'opération était évidemment le seul remède à des lésions aussi graves.

OBS. VI. (GANT.) — *Homme de seize ans, coxalgie ; luxation spontanée ; fistules ; résection de 5 pouces 1/2 de la partie supérieure du fémur ; acétabule gougé ; guérison. Vu cinq ans après l'opération en santé excellente, marchant sans support.*

J. R., seize ans, laitier de Somersetshire, entré au Royal Free Hospital le 22 juin 1863, pour une maladie de la hanche. Il dit avoir pris

GOOD.

froid il y a un an, et à la suite il ressentit dans la hanche une légère douleur s'étendant jusqu'au genou; la jointure est devenue roide, et les douleurs se sont accrues; à la même époque il souffrait d'une attaque de fièvre rhumatismale aiguë. Bientôt un abcès se formait à la hanche: il fut ouvert; une quantité considérable de pus s'écoula, et la suppuration n'a jamais cessé depuis. Il remarque alors que le membre se raccourcit et que chaque mouvement est accompagné de douleurs. A son entrée dans l'hôpital, le raccourcissement est de 2 pouces $\frac{1}{4}$; le genou du membre malade repose sur le milieu de la cuisse du côté opposé; obliquité considérable du bassin et un léger degré de courbure des vertèbres lombaires. La région fessière du côté malade est plate et amaigrie, le grand trochanter est proéminent et semble reposer sur la fosse iliaque externe. Au-dessus et autour existent trois trajets fistuleux conduisant sur l'os malade, laissant écouler du pus mêlé de débris de tissu osseux. Le malade est parvenu au dernier degré de marasme.

L'opération est pratiquée le 16 août, deux mois après son entrée à l'hôpital; la tête est trouvée luxée en arrière et fixée par des attaches de nouvelle formation. Jusque-là la nature avait essayé de former une jointure nouvelle, mais la lésion des parties malades était trop étendue et la réparation n'était pas complète. Au-dessous des muscles fessiers existait un abcès qui était en communication, d'une part avec les fistules vers l'extérieur, et de l'autre avec la cavité cotyloïde complètement dénudée de son cartilage. La tête, le col et le grand trochanter furent enlevés avec la scie, et de plus une partie du corps du fémur malade faisant en tout une longueur de 5 pouces $\frac{1}{2}$; l'acétabulum fut gougé, il n'y eut pas d'hémorrhagie pendant ni après l'opération. La tête fémorale de couleur brune était tout à fait dépourvue de son cartilage et présentait à son pourtour un bord rugueux faisant saillie au-dessus du col qui lui-même était en partie résorbé et comme enchâssé dans le grand trochanter. La portion centrale du fémur était molle comme du sable mouillé, le tout représentant une espèce de bouillie dans lequel le doigt enfoncé laissait ses empreintes. La partie compacte du fémur était réduite à une simple écaille, surtout la tête qui était presque transparente.

Trois jours après l'opération, une amélioration dans la santé de ce garçon se montra, et la plaie commençait déjà à se cicatriser; le 30 août, le membre fut mis dans l'extension à l'aide d'une attelle de Liston; une partie de la plaie s'est guérie par première intention; la suppuration continue, mais est de bonne nature et en quantité peu considérable. Le 25 octobre la cicatrice est bien formée; pas la moindre douleur; le membre, de grandeur naturelle, est doué de tous les mouvements, sauf que le

malade ne le peut pas élever par lui-même ; mais la consolidation fait des progrès, et les muscles de la cuisse sont forts et bien développés.

Il marche à l'aide de béquilles, il est devenu gras et bien portant. (*Lancet*, le 28 novembre 1863.)

Nous avons de ce cas des nouvelles que M. Gant a bien voulu nous communiquer. L'auteur a vu l'opéré en octobre 1868, cinq ans après l'opération ; il est en santé excellente et marche sans support et avec mobilité dans la nouvelle jointure.

OBS. VII. (GANT.) — *Homme de vingt-six ans. — Coxalgie, suite de chute. — Luxation spontanée. — Douze fistules. — Résection au sommet du grand trochanter. — Guérison. — Vu quatre ans et demi après l'opération parfaitement guéri. — Marche sans support.*

W. M..., matelot, tombait d'un mât de la hauteur de 30 pieds sur le côté gauche. Les douleurs et le gonflement qui ont suivi la chute furent calmés par des ventouses, mais jamais depuis l'accident il n'a pu marcher sur ce membre. Une année plus tard, il est envoyé à l'hôpital de Dovers, où il reste presque trois ans sans traitement local. A son arrivée à Dovers, un abcès s'ouvrait au-dessus du grand trochanter et subséquemment dix autres se formaient autour de la jointure, tous suppurant, mais sans élimination de séquestres. Ses douleurs furent très-vives, durèrent plusieurs semaines, mais avec des intermittences de calme complet.

Le raccourcissement qui commençait dès la formation du premier abcès a toujours continué depuis.

Le 28 mars 1864, le malade entre au *Royal Free Hospital* avec un raccourcissement de 3 pouces. Le membre est dans la rotation en dedans avec adduction, de sorte que le genou gauche repose sur la cuisse du côté opposé ; il y a luxation de la tête fémorale en arrière. L'obliquité du bassin est très-prononcée. Le membre est amaigri et flasque, mais au tiers supérieur il est plus charnu et présente douze fistules au voisinage de la jointure, dont deux sont au-dessus du pubis. Toutes sont en communication avec le foyer de la carie. Les douleurs paroxystiques continuent, le malade est pâle, très-amaigri, a peu d'appétit et toussé. L'opération est remise à six semaines.

Le 7 mai, l'opération est pratiquée ; l'incision est faite très-haut à cause de la luxation préexistante.

Quatre pouces d'os sont enlevés, la tête, le col et le grand trochanter avec un pouce du corps du fémur ; nous procédions avec précaution

ainsi : deux ou trois sections furent faites avec la scie jusqu'à ce que l'instrument porte sur une surface osseuse saine et de couleur rosée. Mais trouvant encore la partie médullaire du fémur décolorée et plus friable qu'à l'état sain, l'évidement fut fait dans une étendue d'un pouce, ne laissant qu'une mince coquille d'os dur auquel pourtant le périoste et les parties molles furent laissés adhérents, de sorte que l'extrémité sciée présentait encore tous ses moyens de nutrition.

A l'acétabulum on ne touchait guère et pas du tout aux branches du pubis. Il y avait une hémorrhagie en nappe, mais qui fut bien vite arrêtée par un tamponnement de charpie. Aucune ligature de vaisseau ne fut nécessaire.

Sauf un malaise dû à l'administration du chloroforme le jour de l'opération, la santé du malade s'améliora rapidement, et il fut guéri sans aucun symptôme fâcheux. Cette vaste plaie se remplissait de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 4 juin, l'os est recouvert de bourgeons, pas de douleurs. Le malade dort bien, l'appétit est bon, il engraisse.

Le 27 juillet, la plaie est presque complètement guérie, les sinus au-dessus du pubis suppurent encore, mais le pus est de bonne nature. Les mouvements de l'articulation ne causent aucune douleur et il marche à l'aide de béquilles. (*Med. Times et Gaz.*, 1865, vol. II, p. 220.)

Nous avons des nouvelles de ce malade quatre ans et demi après l'opération. Il se porte très-bien et la hanche est parfaitement guérie. Il marche sans support et avec mobilité dans la nouvelle jointure.

Ces deux observations, n° VI et VII, où l'opération a été suivie d'un plein succès, sont deux exemples de coxalgie à début rapide, la première causée par un traumatisme, la seconde par un refroidissement, et à marche lente, une fois la maladie confirmée. Elles viennent à l'appui de l'indication que nous avons posée plus haut à savoir : que les coxalgies à marche lente ont bien plus de chance à guérir par l'opération que celles dont l'évolution est rapide. Les deux opérés ont été vus, l'un cinq ans, l'autre quatre ans et demi après l'opération. Ils marchaient sans support et sans gêne comme sans douleur dans l'articulation nouvelle.

Ces deux cas sont encore remarquables par la longueur d'os enlevé. Dans l'observation VII, Gant dut pratiquer trois coupes successives à la scie, encore dut-il, après la dernière, évider à

la gouge le corps du fémur sur une certaine étendue : Il est probable que la guérison n'eût jamais été complète, si le chirurgien ne s'était pas tenu rigoureusement au précepte de tout enlever.

Chez le malade de l'observation VI on enleva la tête, le col et le grand trochanter, en tout une longueur de 5 pouces et demi. Malgré cette perte de substance considérable, le malade put encore marcher sans support.

Nous avons pris des renseignements pour savoir ce que devenaient les malades longtemps après l'opération. Pour cela nous avons choisi plusieurs de ceux consignés dans la statistique de M. Le Fort, dont plusieurs ont été opérés à une époque déjà éloignée de la nôtre. Les malades inscrits aux n^{os} 61 et 63 du tableau qu'il a dressé sont encore en très-bonne santé, et ils se servent avec beaucoup d'utilité de leur membre. Le n^o 61 a été opéré il y a dix-sept ans, le n^o 63 il y a seize ans. Le n^o 52 du même tableau opéré par M. Sayre, le 23 mars 1854, se porte aussi bien que possible. La malade, jeune fille de neuf ans, avait subi la résection de la cavité cotyloïde et de l'épine iliaque antérieure. Voici les renseignements que nous avons eus sur cette malade, aujourd'hui âgée de vingt-trois ans. Ils nous sont parvenus le 27 novembre 1868. Elle peut courir et danser sans qu'on puisse distinguer de claudication. Celle-ci se remarque plutôt quand la malade marche lentement et à grands pas. Le raccourcissement est d'un demi-pouce, et le fémur n'a pas été arrêté dans son développement. La durée de la guérison est de quatorze ans et demi. Ce temps est plus que suffisant pour convaincre les plus sceptiques que l'opération peut avoir des succès réels et durables.

Aurait-on le droit d'en dire autant des coxalgies traitées par l'expectation ? Nous ne le pensons pas, et nous sommes de l'avis de M. Gibert (1), qui écrit quelque part dans son excellente thèse : « Je pense qu'on doit être sévère à l'endroit des observations de tumeurs blanches, parce que je suis persuadé qu'on a publié trop vite l'histoire de coxalgies guéries ou amé-

(1) Gibert, thèse, Paris, 1859.

liorées, sans attendre que le temps eût sanctionné le résultat obtenu. »

OBS. VIII. (BARDELEBEN.) — *Homme de vingt-trois ans. — Carie scrofulo-rhumatismale depuis six mois. — Pas de crépitation. — Absès. — Résection de la tête et du col. — Mort le 51^e jour.*

Carl S..., âgé de vingt-trois ans, de force moyenne, de diathèse scrofuluse très-prononcée pendant son enfance, est admis dans l'hôpital de Greifswald le 21 mai 1864. Il souffre de la hanche gauche qui, dit-il, a commencé à lui faire mal il y a six mois, à la suite de plusieurs frissons ; mais ces douleurs ne l'ont pas empêché de continuer son travail pendant deux mois encore, et il pouvait se promener il y a peu de jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il y a une douleur vive de la hanche, même sans pression. Le bassin n'est pas dévié, le membre est dans l'extension, la pointe du pied tournée en dehors. Température peu élevée et sans exacerbations du soir (maximum 38°,1), pouls de 72 à 80. Induration des glandes inguinales. L'appétit est bon.

Le membre est mis sur un plan incliné. Injection sous-cutanée de morphine et vésication. A l'aide de ce traitement, il ne souffrait plus au bout de quelque temps.

Le 21 septembre, il se développe une tumeur dans la région inguinale dont il est difficile de constater la fluctuation ; elle s'élargit peu à peu mais ne cause pas de douleur à la pression. — A cause de l'obliquité du bassin le membre est raccourci d'un pouce et demi avec un peu de rotation en dedans et adduction. Le grand trochanter est dans sa position normale. Les ganglions inguinaux s'indurent de plus en plus. Les autres symptômes sont les mêmes.

Le 4 octobre, la tumeur s'est agrandie et s'étend en dehors vers le grand trochanter, la fluctuation est devenue notable.

La fièvre s'est déclarée et a pris le type rémittent (maximum, temp. du soir, 39°). Pouls 88,96. L'état général est bon. Urine sans albumine.

Le 12 octobre, la peau, sur la tumeur, est amincie et perforée sur un point. La perforation est agrandie à l'aide du trocart de Schuh, et 9 onces et demie de matière purulente mêlée de synoviale sont retirées. — Après la ponction, il y a abaissement de la fièvre. (Temp. du soir, 38°-38°,3.)

Le 21 octobre, l'ouverture de l'abcès s'est fermée, mais la tumeur est remplie de nouveau. La fluctuation est plus prononcée qu'auparavant. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs très-vives à la pression der-

rière le trochanter ou par le mouvement. La fièvre est revenue. (Maximum du soir, 39°,4). Pas de crépitation.

Le 1^{er} novembre, la résection est pratiquée. Une incision en avant du grand trochanter et longue de 6 pouces met à nu l'os malade. Il s'écoule beaucoup de pus fétide, sanieux et mêlé de morceaux d'os nécrosés. La capsule articulaire, déjà largement ouverte, est très-épaissie et infiltrée de graisse. Le col est en grande partie carié; la tête, encore attachée au ligament rond, est extraite de la cavité au moyen d'une forte pince à polype. L'acétabulum est sain. L'os est scié au niveau du col. Il fallut lier quatre artères pendant l'opération et une hémorrhagie consécutive fut arrêtée par du perchlorure de fer. Les lèvres de la plaie sont réunies par des sutures. L'appareil plâtré est mis le même jour et non-seulement sur le membre opéré et le bassin, mais aussi encore en grande partie sur la cuisse saine. Température du soir, 39°. Pouls 120.

Le 2 novembre. Un frisson le matin. Température 39°,4 et 38°,8 le soir. L'appareil est pénétré et l'on applique des sacs de glace sur la plaie.

Le 5 novembre, plusieurs sutures sont enlevées. La suppuration est sanieuse et abondante. On ordonne de grands bains de longue durée; glace dans les intervalles. La température est plus élevée (39°,3 le matin et 39°,9 le soir). Pouls 108, respiration 128.

Le 7 novembre, un frisson vers midi. OEdème.

La nuit suivante, délire; les dernières sutures sont enlevées.

Le 10, quoique la fièvre continue encore, l'état du malade est assez satisfaisant; la plaie est couverte de granulations de bonne nature.

Le 20, l'appareil plâtré est enlevé et la gouttière de Bonnet appliquée. Eschare le lendemain. L'appareil plâtré est réajusté pendant que le malade est sous l'influence du chloroforme.

Le 27, la suppuration devient moins abondante et de bonne nature, l'appétit et l'état général sont bons. Diarrhée de temps en temps. *Tinct. opii*.

Le 6 décembre, le malade se plaignant de douleurs dans le dos, on enlève l'appareil et l'on trouve une eschare grande comme la main occupant la région lombaire. Bandes d'*ung. elemi*, bains prolongés, gouttière de Bonnet, fer à l'intérieur.

Le 17, la fièvre est plus intense, 40°,2 le matin, 40°,6 le soir, avec des exacerbations jusqu'à 4°; pouls 144. La plaie a bon aspect, mais l'état général s'aggrave rapidement. La diarrhée est plus tenace, pas d'appétit, toux, matité au sommet du poumon droit avec amoindrissement du murmure respiratoire. Les eschares se multiplient. Albumine dans l'urine.

Le 20, le soir il y avait un abaissement momentané de la température 37°,4. Pouls 152, petit. L'œdème se montre aussi au membre sain et au scrotum. L'intelligence devient moins nette. Coma. Mort le lendemain matin.

AUTOPSIE. — On trouve, au sommet du poumon droit, une caverne grande comme une cerise avec induration du tissu pulmonaire tout autour.

Il y a de nombreuses thromboses dans les veines iliaques. (*Arch. de Langenbeck*, 1866, p. 749. Obs. d'Eulenburg.)

OBS. IX. (BARDELEBEN.) — *Garçon de quatorze ans. — Coxalgie aiguë. — Abscess; pas de crépitation. — Résection au-dessous du grand trochanter. — Acétabule sain. — Mort le 22^e jour. — Autopsie.*

Christian Bauer, âgé de quatorze ans, autrefois bien portant, bien développé et sans trace d'état diathésique, entre à l'hôpital de Greifswald, le 27 septembre 1863; il souffrait depuis sept semaines de douleurs au genou. — Le bassin est dévié, le membre malade paraît plus long; douleurs de la hanche à la pression et aux mouvements; pas de fièvre, maximum de température 37°,9. On met le membre dans l'appareil plâtré; il est renouvelé le 8 décembre 1863, et de nouveau le 14 janvier 1863. Le malade peut se promener ainsi à l'aide d'une canne sans difficulté.

Pendant les premiers jours du mois de mars, la température s'élevait avec exacerbation le soir (maximum 39 degrés), sans que le malade se plaigne d'augmentation de douleur. L'appareil est alors enlevé, et un abcès est trouvé à la partie supérieure et extérieure de la jointure. Le membre est dans l'adduction et fléchi sur le bassin, raccourcissement d'un pouce, pas de crépitation. L'abcès est ouvert par une incision de 2 pouces jusqu'à l'os, plus de 16 onces de pus s'écoulent au niveau de l'incision; on trouve le fémur, au-dessous du trochanter, dénudé de son périoste sur une grande étendue rugueuse et cariée. L'incision est prolongée en haut pour examiner l'articulation. La capsule articulaire est détruite en grande partie, la tête et le col sont cariés; on en pratique la résection. La ligne d'incision est encore prolongée en haut de 5 pouces sur le bord antérieur du grand trochanter; le ligament rond n'existe plus, la tête est luxée, et le fémur scié immédiatement au-dessous du grand trochanter. L'acétabulum est parfaitement sain, mais il existe une caverne dans la partie supérieure du fémur scié. La plaie est réunie par des sutures, sauf dans son tiers inférieur qu'on remplit avec de la charpie; le tout recouvert de glace, le membre est mis dans une légère flexion (le 12 mars 1864). A

l'examen, de l'os réséqué on trouve une caverne grosse comme un pois dans la tête fémorale près de l'insertion du ligament rond. La tête et le col sont cariés et contiennent plusieurs petites cavernes ; la membrane synoviale est détruite.

Peu de réaction le lendemain, température le matin 37°,6 et 38,7 le soir.

Le 16 mars, température du matin 38°,5, le soir 40°,3.

Le 17 mars, température du matin 38°,5, le soir 41°,4, pouls 120, respiration 144 ; la suppuration est profuse, plusieurs grands bains sont donnés, en même temps qu'une nourriture appropriée, *mixtura ferri acet.*

Le 28 mars, la fièvre continue ; température très-élevée, 40°,1 le matin ; 40 degrés le soir ; pouls 156, respiration 148, la suppuration profuse est de mauvaise nature, la plaie est blafarde et contient peu de bourgeons charnus, œdème aux malléoles, anémie profonde, un grand bain.

Le 30 mars, frisson le matin, l'œdème devient plus prononcé, la plaie est béante et la surface du fémur scié est à nu dans la plaie.

Le 2 avril, très-agité pendant la nuit, un peu de délire, la température baisse ; 36°,8 le matin, et 37°,3 le soir ; le pouls est très-petit, faible et fréquent, le collapsus plus prononcé.

Mort le soir du 3 avril avec des phénomènes rapides d'œdème pulmonaire. *A l'autopsie*, on trouve l'acétabulum carié et une décoloration du muscle psoas droit, rien dans les viscères, sauf quelques infiltrations et épaissement des tissus environnants. (*Arch. de Langenbeck*, 1866, p. 946, obs. d'Eulenburg).

OBS. X. (BARDELEBEN.) — *Garçon de sept ans. — Inflammation de l'articulation coxo-fémorale depuis six mois ; cause inconnue. — Jamais de crépitation ni abcès ; mais à la résection on trouvait des désordres profonds. — Mort le 49^e jour, tout le mal ne fut pas enlevé.*

Robert Krüger, sept ans, peu développé pour son âge, coxite droite, sans cause connue, depuis six mois ; entre à l'hôpital de Greifswald le 18 février 1867.

Déviation du bassin, légère adduction et flexion du membre, douleur à la partie supérieure et externe de la hanche, pas de rougeur ni de fluctuation, la pression sur le grand trochanter ou le mouvement de l'extrémité malade exagère la douleur, jamais de crépitation, température du matin 38 degrés, 38°,7 le soir, pouls 102, respiration 114.

Le 23 février, par une ponction exploratrice on constate que le col

fémoral est rugueux et sans périoste; le stylet retiré de la plaie, il s'écoule un mélange de sang et de pus; alors l'incision est prolongée d'un pouce sur le bord antérieur du grand trochanter, et le doigt introduit par l'ouverture tombe dans une cavité située au niveau du col, pleine de pus et en communication avec l'intérieur de la tête et de là avec l'articulation qui est ouverte à sa moitié antérieure. L'incision est prolongée de nouveau dans une étendue de 3 pouces, et l'os est scié à la hauteur du grand trochanter. La tête, déjà détachée du ligament rond et couverte de fongosités synoviales, est facilement extraite avec une pince à balle; l'acétabulum paraît intact, mais la carie s'étend en bas sur la diaphyse fémorale. L'os enlevé mesure 1 pouce $\frac{1}{4}$; il y a eu très-peu d'hémorrhagie; la plaie est réunie par des sutures et pansée avec de la glace. La température du soir 38 degrés, pouls 128.

Le 24 février, le malade a bien dormi; température du matin 39°,3, le soir 40.

Le 26 février, quelques sutures sont enlevées et la suppuration commence.

Le 8 mars, l'état général est bon, suppuration abondante, moins de fièvre, la température du soir jusqu'à 39 et 40 degrés.

Le 2 avril, fièvre plus intense avec des exacerbations de température le soir (2 à 3 degrés), maximum 40°,1; les granulations de la plaie sont tardives, la suppuration est sanieuse et de mauvaise odeur.

Le 4 avril, une hémorrhagie qui survient au moment du pansement de la plaie est arrêtée par des injections froides, eschares et cachexie.

Le 9 avril, pas d'appétit, de la diarrhée, œdème des membres inférieurs, urine sans albumine.

La fièvre continue jusqu'au 12, mort le 13 avril, l'autopsie ne peut être faite. (*Arch. de Langenbeck*, 1866, p. 948. Obs. d'Eulenburg.)

Ces trois observations, n° VIII, IX, X, sont intéressantes au point de vue de leur marche rapide, de la limitation du mal au fémur, et de l'intégrité de la cavité cotyloïde; aussi bien que par le résultat fâcheux qui a suivi l'opération dans les trois cas. Absence de crépitation dans tous et chez le n° X de suppuration, malgré les lésions avancées du côté du fémur.

Elles démontrent que la carie de la cavité cotyloïde n'existe pas toujours, et qu'elle se montre rarement au début. Ce fait s'entend très-bien par la structure de cette cavité de réception composée uniquement, dans son fond, par une lamelle de tissu compacte, et ne renfermant du tissu spongieux que chez les

jeunes sujets, alors que les trois pièces primitives qui concourent à sa formation ne sont pas encore soudées ensemble. Ces faits, du reste, vont au-devant de l'objection qu'on avait faite, que la carie du cotyle est la plus grave contre-indication à l'opération. Elle n'existait pas ici, et cependant les trois malades n'ont pas survécu.

La marche de la maladie avait été également rapide pour les trois cas, c'est ce qui explique la terminaison funeste qui est toujours arrivée pour les cas analogues. Aussi cette évolution rapide est pour nous une contre-indication formelle et bien autrement grave que celle qu'on a voulu donner à la carie du cotyle. La mort a toujours suivi de près l'opération.

M. Eulenburg a donné récemment un moyen d'arriver au diagnostic de la carie. Toutes les fois, dit-il, que la température s'élève à 39° et au-dessus, si cette élévation de la chaleur ne peut s'expliquer par une lésion viscérale venant compliquer la coxalgie, alors, dit-il, elle est due à la carie de la tête du fémur.

Un autre moyen sur lequel Eulenburg insiste également, et dont Bardeleben, s'est servi à son tour, consiste dans des ponctions avec le trocard explorateur, qu'on peut combiner avec l'emploi des stylets. M. Gay (1), en 1856, faisait une incision au bistouri pour pouvoir s'assurer de l'état des os à l'aide du toucher. Ce moyen a donné d'excellents résultats dans les mains de Bauer, Sayre, Barwell et autres chirurgiens.

OBS. XI. — PAGENSTECHE. — *Garçon de quinze ans. — Coxalgie aiguë datant de sept semaines seulement. — Lésion très-étendue. — Résection du tiers supérieur du fémur. — Séparation du grand trochanter, simulant la luxation spontanée avec fracture du col. — Mort le douzième jour après l'opération.*

Friedrich N..., âgé de quinze ans, bien portant auparavant, bien développé, est tombé sur la hanche gauche au mois d'avril. Il a gardé le lit pendant trois jours; mais son médecin nous assure que les deux

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1856, t. II, p. 429.

genoux, l'un après l'autre, ont été pris par des douleurs et du gonflement.

L'examen, six ou sept semaines après cette attaque, nous donne le résultat suivant : le malade est couché sur le dos, chaque mouvement lui cause des douleurs de la hanche gauche ; les traits sont grippés, il est très-amaigri, il a de la fièvre qui s'annonce chaque jour par un frisson. Sueurs nocturnes, pouls 129-130. Reins malades. L'urine amoindrie de moitié. Albumine abondante. OEdème de la cuisse saine et du scrotum ; eschares du dos, de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite et des deux trochanters. Les fistules de la région lombaire paraissent être en rapport avec l'articulation coxo-fémorale gauche. La peau y est détachée dans une étendue de la largeur de la paume de la main, et de temps en temps il s'en écoule une quantité de pus, surtout quand on presse sur la région trochantérienne ou quand le malade change de position. Le membre gauche est œdémateux de la hanche jusqu'aux orteils ; la jambe est grosse comme celle d'un homme robuste. L'épine iliaque est un peu abaissée et la colonne vertébrale légèrement déviée à gauche dans la région lombaire. Le membre malade n'est pas raccourci. La fesse et les deux tiers supérieurs de la cuisse sont aplatis, la peau est tendue et l'on distingue une fluctuation profonde notable. Un peu au-dessus du grand trochanter, on sent un os mobile de la grandeur d'une petite pomme et l'on s'assure facilement, par des mouvements imprimés au membre, que cet os ne changeait pas de position mais produisait une crépitation. La mobilité était facile comme dans les fractures du col du fémur et de là nous commettions l'erreur de croire que cet os mobile était la partie supérieure du fémur nécrosé.

Le lendemain la résection fut pratiquée. Une incision longue de 5 à 6 pouces et commençant au niveau de cette partie de l'os détachée est portée en bas. Les muscles incisés, il s'écoule un demi-litre de pus qui entourait le fémur malade. Ce pus est fétide et contient des morceaux d'os nécrosé ; l'os détaché est reconnu pour le grand trochanter. La carie s'étend à la cavité cotyloïde et jusqu'au tiers supérieur du fémur. La capsule articulaire est détruite dans sa moitié inférieure et le ligament rond n'existe presque plus. Le fémur est scié au tiers supérieur, là où il y a une démarcation entre l'os sain et l'os malade.

Les premiers jours après l'opération, le malade se portait assez bien et il ne souffrait pas trop, mais bientôt la suppuration devient profuse et sanieuse ; les eschares du dos gagnent la colonne vertébrale et le malade meurt le douzième jour.

Les parties d'os excisées étaient partout nécrosées, la tête était presque

détachée du col, et il n'eût fallu que peu de temps pour que le grand trochanter, le col et la tête eussent offert trois pièces bien distinctes et séparées. (Pagenstecher in Eberfeld, *Archives de Langenbeck*, vol. II, p. 312.)

« Ce cas, dit M. Pagenstecher, nous offre un très-haut intérêt au point de vue de la pathogenèse et de la rapidité de la marche des lésions.

Selon les constatations du médecin on est en droit de croire que la maladie avait débuté par un rhumatisme articulaire aigu, car les genoux se sont pris de gonflement et de douleurs l'un après l'autre. La date précise du début de la maladie de la hanche ne peut pas être fixée. La plus grande douleur était manifestement dans le genou gauche (le membre malade) ; il n'est pas impossible que le mal ait débuté par un rhumatisme articulaire aigu, car on voit quelquefois, comme suite, la suppuration des surfaces articulaires et plus tard l'ankylose.

Mais cependant il nous reste le doute si, ici, l'articulation de la hanche n'était pas malade avant tout, et si les douleurs et le gonflement du genou n'ont été qu'une suite. Certainement la maladie aurait dû exister dès le commencement de l'affection, car sans cela il serait difficile de trouver une explication, malgré l'âge du malade, pour une lésion si étendue.

La nécessité d'ouvrir de bonne heure l'articulation en suppuration nous paraît bien démontrée par ce cas.

On nous pardonnera bien l'erreur commise de prendre le grand trochanter détaché du fémur pour la tête fémorale luxée et séparée de sa diaphyse, quand on se rappellera la difficulté du diagnostic à cause du gonflement énorme du membre ; et d'autre part la mobilité de ce fragment et son mouvement en dehors et en haut avec mobilité pathologique du membre (séparation du col de la tête non luxée) simulait bien une luxation avec fracture du col. »

A côté de cette observation intéressante, nous présentons celles de MM. Holmes et Bryant qui offrent quelques particularités importantes relativement au diagnostic. M. Holmes remarque avec raison, pour le cas qui lui est propre, que le moyen

proposé par M. Nélaton, pour le diagnostic différentiel de la fracture d'avec la luxation de la tête du fémur, aurait donné un mauvais résultat, en ce sens qu'il aurait conduit à croire à une luxation, tandis qu'en réalité la tête restait adhérente au cotyle par la capsule intacte. Il y avait séparation de l'épiphyse fémorale de la diaphyse, et cette désunion avait eu lieu au niveau du grand trochanter.

Le même phénomène se présentait dans les observations XI et XIII, et de plus comme le processus pathologique avait continué sa marche en amenant l'envahissement du corps du fémur, tandis que la tête séparée restait dans la cavité, on pouvait conclure avec Holmes que la maladie avait bien commencé au-dessous de la ligne épiphysaire. Le cotyle était sain.

Cette séparation de la tête du col donnait lieu à une crépitation très-intense, par suite de l'action réciproque des deux surfaces détachées l'une contre l'autre. Ce phénomène pouvait conduire à l'erreur de croire à l'implication de la cavité cotyloïde. Ces deux observations viennent encore à l'appui de ce fait, que nous avons déjà énoncé, à savoir que la maladie envahit toujours primitivement le fémur, et ne s'étend que plus tard au cotyle, quand l'action du pus et le contact de l'os malade ont longtemps agi sur lui. De plus elles font ressortir toute la valeur de l'opération. On n'eût jamais songé à attendre une guérison spontanée, quand la tête, le col et le grand trochanter étaient séparés en trois fragments perdus dans le foyer de la tumeur blanche.

OBS. XII. (HOLMES.) — *Fille de dix ans et demi. — Coxalgie. — Fistules. — Tête fémorale nécrosée et séparée du reste de l'os. — Résection au niveau du grand trochanter. — Cavité cotyloïde saine. — Guérison.*

Mary-Anne H..., dix ans et demi, souffrait d'une coxalgie depuis la fin de l'année 1863. Sa santé est bonne et elle ne se plaint que de très-peu de douleur. Il y a une ouverture fistuleuse au-dessous du grand trochanter, mais le stylet introduit ne découvre pas d'os carié. L'induration des tissus au voisinage de l'os malade est très-prononcée et la position

vicieuse du membre est extrême. Le grand trochanter paraît élevé beaucoup au-dessus de la ligne de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la tubérosité de l'ischion. La crépitation est facilement constatée en imprimant au membre des mouvements de rotation; il existe une induration considérable au-dessus du ligament de Poupart, mais on ne constate pas de lésions dans la fosse iliaque, ni par pression, ni par le doigt introduit dans le rectum.

Le 2 juin, la résection de la partie supérieure du fémur est pratiquée; le col est séparé de la tête par la suppuration. La résection fut faite à travers la partie supérieure du grand trochanter où l'os paraît sain. L'os enlevé était en trois fragments, et quand il fut mis en position, il représentait bien la tête et le col fémoral, quoique un peu changés de forme par l'ulcération. La cavité cotyloïde était couverte d'un tissu mou et contenait peu de pus. L'opération fut suivie d'un peu de réaction fébrile, mais qui cessait avec le commencement de la suppuration. Le membre fut placé entre des sacs de sable, et plus tard, pour opérer l'extension, un poids de 2 livres fut attaché au pied du lit du malade; à cette époque, il y avait 2 pouces de raccourcissement. La santé s'améliorait très-vite; aussi, dans l'espace de six semaines il ne restait plus qu'une ouverture fistuleuse de la plaie et celle-ci était parfaitement cicatrisée vers le mois de juillet. La malade pouvait se tenir debout à l'aide de béquilles, le fémur permettait quelques mouvements sans douleurs. Le poids, pour opérer l'extension du membre, fut augmenté jusqu'à 4 livres pendant la convalescence et le raccourcissement ne mesurait que 7/8 de pouce.

Aujourd'hui la guérison est complète. La plaie et tous les sinus sont parfaitement fermés et le membre peut exécuter des mouvements dans tous les sens. La malade peut marcher des distances considérables à l'aide d'une canne, quoique encore un peu maladroite, car elle ne s'est pas encore accoutumée à sa botte à haut talon. (HOLMES, *Lancet*, 1864, vol. II, t. V, p. 517.)

Cette malade est vue un an et demi plus tard : elle est en bonne santé et le membre est très-utile; elle marche bien et avec facilité; le raccourcissement est de 1 pouce 1/2. (*Lancet*, 1866, p. 205.)

OBS. XIII. (BRYANT.) — *Garçon de huit ans. — Coxalgie suppurée depuis deux ans. — Cavité cotyloïde saine. — Résection au-dessous du grand trochanter. — Tête nécrosée et déjà détachée du col. — Guérison.*

H. J. F..., garçon de cinq ans, entré à *Guy's Hospital* le 8 juillet 1861, pour une maladie de la hanche qui dure depuis deux ans, avec des trajets fistuleux en suppuration depuis un an. L'enfant est délicat, quoique la santé générale semble encore assez bonne. Les parties molles autour de la jointure sont très-gonflées, et par une fistule de la partie postérieure de la hanche on rencontre l'os nécrosé.

Le 27 août, une incision est faite pour enlever l'os nécrosé, mais on trouve la tête fémorale séparée de sa diaphyse et détachée dans la cavité cotyloïde.

La résection est faite au-dessous du grand trochanter. Le bassin est sain, la cavité cotyloïde est dépourvue de son cartilage, mais l'os lui-même n'est pas malade.

Depuis l'opération la santé de l'enfant est beaucoup améliorée. La plaie a fait des progrès vers la guérison. Trois mois plus tard, il se lève et marche à l'aide de béquilles. Il peut fléchir le membre sans douleur.

Le 10 décembre, il peut se servir du membre qui supporte le poids du corps. Il nous quittait peu de temps après, la plaie étant parfaitement cicatrisée.

Après son retour chez ses parents, l'enfant est pris de rougeole, sa santé en souffrait beaucoup ; un abcès se formait dans la cuisse malade et il rentrait à l'hôpital, où il fut bientôt prouvé que l'abcès était une formation indépendante et sans rapport avec la maladie antérieure. Il est maintenant convalescent de cet abcès et le cas promet un succès complet. (*Lancet*, 1862, le 12 juillet, p. 36.)

Le malade est vu trois ans plus tard : il marche et court sans support avec des mouvements excellents dans la nouvelle jointure ; raccourcissement de 2 pouces. (*Lancet*, 6 janvier 1866.)

BIBLIOGRAPHIE.

Allemagne.

- BARDELEBEN, Archives de Langenbeck, 1866, p. 746.
- BARTSCHER, Journal f. Kinderkrankheiten, 1862, Heft 7 et 8.
- BECK (B.), Deutsche Klinik, 1861, p. 395.
- BEREND (H. W.), Eilfter Institutsbericht. Berlin, 1863; et Med.-centr. Zeit., XXX, 92, 1864.
- BERGMANN (Russie), Canstatt's Jahresbericht, 1865, p. 204.
- et OETTINGEN, Sanct-Petersburg. med. Zeitschr., Bd. 8, 1865, S. 429.
- BLASIUS, M. Schede, Diss. inaug. med. Halis. Sax., 1866.
- BUSCH, Berliner klin. Wochenschr., 1866, n° 35, 36.
- DEMEL (T.), Allg. mil.-ärztl. Zeitung, 1866, 1, 2, 4, et Wien. med. Halle, III, 48, 1862.
- DEMME, Wien. mil.-ärztl. Ztg., 1864, 1.
- DIRKS, Diss. inaug. de resectione capitis fem. Wirceb., 1846.
- DOUTRELEPONT, Berlin. klin. Wochenschr., 1866, n° 35, ff.
- DUMREICHER, Allg. Wien. med. Zeit., 1858, et Ztschr. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte zu Wien. N. F. Jahrg. 3, 1860, S. 17.
- ESMARCH, Ueber die Resectionen. Kiel, 1858.
- EULENBURG (A.), Greifswalder med. Beitr., Bd. 1, p. 72, 1863, et Arch. de Langenbeck, 1866, p. 701.
- FOCK (C.), Bemerkungen, etc., Arch. de Langenbeck, 1860.
- GRUBE (Russie), Arch. de Langenbeck, 1865, p. 787.
- GUENTHER, Lehre v. d. blutigen Operationen. Leipzig, 1857.
- GURLT's Jahresbericht, Arch. de Langenbeck, 1862 et 1867.
- HEDENUS (A. G.), Commentatio chir. de fem. in cavitate, etc. Lipsiæ, 1823, 4, S. 65.
- HEINE (B.), Ueber d. Wiedererzeugung neuer Knochenmasse, etc. Graefe's und Walther's Journ., vol. XXIV.
- HEINE (C.), Archiv. f. klin. Chir., 1866, p. 649.
- HEUSSER, Schweiz. Kant. Zeitschr., 1854.

- HEYFELDER, Ueber d. Resectionen und Amputationen. Bonn, 1835. —
Deutsche Klinik, 1863. — Monatschrift für med. Stat., 12, 1858.
HOFFMANN, Vom Scharbocke. Muenster, 1782, S. 283.
HUETER, Arch. de Langenbeck, VIII, 1867.
JAEGER, Operatio resectionis conspectu, etc. Erlangen, 1832.
JAEGER (MICHAEL), Decapitatio epiphysium, Rust's Handbuch d. Chir.,
vol. V, S. 557.
KLINGER, Handwoerterbuch d. ges. Chirurgie. Leipzig, 1836, S. 585.
KOELER, Experimenta circa regenerationem ossium. Göttingen, 1786, 8.
KUECHLER (Darmstadt), Deutsche Klinik, 1867, p. 129 et 1859, p. 401.
LANGENBECK, Ueber die Schussfracturen der Gelenke, etc. Berlin, 1868.
LÜCKE, Arch. de Langenbeck, 1862, p. 360.
NEMMERT (Russie), Arch. Langenbeck, 1865, p. 787.
NUSSBAUM, Aerztl. Intelligentsbl. München, 1859.
OHLE, Schmidt's Jahrbücher, vol. II, p. 116.
OPPENHEIM, Die Extirpation, etc. Zeitschr. f. d. ges. Med., 1836, Bd. I.
OPPENHEIMER, Ueber d. Resection d. Hüftgelenks, etc. Würzburg, 1840, 8.
PAGENSTECHE, Arch. de Langenbeck, 1861, p. 312-15.
RIED, Die Resectionen. Iena, 1847.
ROSER, Handbuch der Anatom. Chirurgie. Tübingen, 1858.
SALZER, Wochenb. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien, n° 45, S. 386,
1866.
SCHEDE (M.), De resectione articulationis coxæ Halis Saxonum, 1866.
SCHILLBACH, Die Resectionen. Iena, 1858.
SCHMALZ, A. G. HEDENUS, Comentatio chirurgica, etc. Lipsiæ, 1823, 4,
S. 65.
SCHUH, Wien. med. Halle, V, 46, 1864.
SCHWARTZ, Beiträge zur Lehre v. d. Schusswunden. Schleswig, 1854.
SENFTLEBEN (H.), Arch. de Langenbeck, 1862, p. 80.
SIEBERT (L.), Resectionen. Iena, 1868.
SIMON (Rostock), Deutsche Klinik, 1866, p. 265.
STROMEYER, Maximen der Kriegheilkunst. Zweite Auflage.
SZYMANOWSKI (Russie), Archiv. de Langenbeck, 1865, p. 787.
TEXTOR (K.), Der 2^{te} Fall v. Aussägung d. Schenkelknochen. Würzburg,
1858. — Wiedererzeugung der Knochen nach Resectionen, 1842.
VOGEL (A. F.), Observationes quasdam chir. defendit. Kilia, 1774.
VÖLKERS, Arch. de Langenbeck, 1863, p. 574.
WACHTER (G. H.), Dissertatio chir. de articulis extirpandis. Gröningen,
1840.

Amérique.

- BATCHELDER, New-York Journal, 1855.
BAUER, Excision of knee and hip-joint. Brooklyn, N. Y.
BIGELOW, American Journal, 1852, vol. II, p. 90.
BUCK, American Med. Times, 1864. March.
CHEEVER (D. W.), Boston Med. et Surg. Journ., vol. 77, n° 14, p. 284.
CHURCH (W. H.), Amer. Med. Times. Sept. 1860.
COOPER (E. S.), Amer. Med. Times et Dublin Med. Press, 1861, p. 233.
EYE (Paul F.), Hip-joint operations, etc. Philadelphia, 1867.
HALSEY, Americ. Med. Times. 1864. Nov.
HARRIS, Med. Examiner of Phil., 1839.
HODGES, Excision of joints. Boston, 1864.
KINLOCK, Charleston Med. Journal. May, 1857.
LYON (Irving W.), American Journal of the Med. Sciences. Philad., 1865.
January, p. 49.
PARKMAN, Records of the Boston Soc., 1854, p. 262.
PETERS (G. A.), Americ. Med. Times. April, 1864.
ROGERS, New-York, Med. Record, II, n° 25, p. 47.
SAYRE, New-York Journal of med., 1855. January.—Americ. Med. Assoc.
Philadelphia, 1860.—A new operation for artificial hip-joint. N.Y. 1863.
— Excision of hip-joint. Americ. Med. Times, 1860. Sept.; id., 1863,
Aug. — New-York med. rec., p. 443, 1866.
SKEY, Charleston Med. Journal, 1855. May.
SWINBURNE, Philadelphia med. et Surg. Reporter. Nov. 30, 1864.
WINNE (C. K.), Statistical researches, etc. Americ. Journal, LXXXIII.
July, 1864.

Angleterre.

- BARWELL, On disease of the joints. London, 1865, p. 437. — Lancet,
1862, vol. II; id., 1863, vol. I; id., 1866, vol. I.
BEALE (L. J.), London Med. Gaz. March, 1832.
BLACKBURN, Guy's Hosp. Report, 1836, p. 284.
BOWMAN, Lancet, 1857, vol. II; id., 1860, vol. I. — Med. Times and
Gazette, 1857, vol. II; id., 1860, vol. II.
BRYANT, Surgical disease of children. London. — Lancet, 1862, vol. II;
id., 1866, vol. I.
BUCHANAN, Glasgow Med. Journal, vol. II, p. 12. April, 1853.
CLARK (Le Gros), Lancet, 1862, vol. II.

- COLLIS, Dublin Med. Press, 27 mars 1864.
- COOPER (S.), Surgical Diction., article *Bones*.
- COOTE, Lancet, 1857, vol. II.
- COOTE HOLMES, Brit. Med. Journ., 1858, vol. I.
- COTTON, London Med. Gaz., 1849, p. 1057.
- DAVIES (C. N.), Lancet, 1857, vol. II.
- DAVIES (R.), Lancet, 1864, vol. II; id., 1865, vol. I et II.
- DELAGARDE, St.-Barthol. Hosp. Report, II, p. 180, b.
- ERICHSEN, Science et art of Surgery. London.— Brit. med. Journal, 1860, May; id., 1858, May. — Med. Times and Gaz., 1857, vol. I et II. — Lancet, 1854, vol. I; id., 1857, vol. I et II; id., 1858; vol. II; id., 1860, vol. II; id., 1864, vol. I.
- FERGUSSON, London Med.-Chir. Transact., vol. XXVIII, p. 571. — Med. Times and Gaz., 1860, vol. I et II. — Lancet, 1848, April, 15; id., 1849, vol. I; id., 1858, vol. II; id., 1860, vol. I; id., 1861, vol. I; id., 1862, vol. I.
- FOLKER, Med. Times and Gaz., 1864, vol. II.
- FRENCH, Half yearly Abstract., vol. XVI. — Lancet, 1848, April 15.
- GANT, Lancet, 1863, vol. II.— Med. Times and Gaz., 1865, vol. II.
- GARNER, Med. Times and Gaz., 1864, vol. II.
- GILLEPSIE, Edinburgh Med. Journal. May, 1864.
- GREEN, Indian Annals, 1855.
- GUTHRIE, Commentaries on Surgery, 1855.
- HANCOCK, Med. Times and Gaz., 1857, vol. I.—Lancet, 1857, vol. I et II id., 1858, vol. I.
- HART, Lancet, 1862, vol. II.
- HAYNES, Lancet, 1849, vol. I.
- HAWKINS, Lancet, 1852, vol. I.
- HEATH, Lancet, 1863, vol. II; id., 1864, vol. I.
- HEWSON, Dublin Journal, 1833, t. III.
- HILTON, Lancet, 1858, vol. II; id., 1862.
- HOLMES (T.), System of Surgery, t. III.—Transact. of Pathol. Society, vol. XIV, 1863, p. 221.— Med. Times and Gaz., 1863, vol. I; id., 1864, vol. II. — Lancet, 1864, vol. II; id., 1866, vol. I.
- HOLT, Brit. med. Journ., 1857, Aug. — Lancet, 1862, vol. I, id., 1857, vol. II.
- HULKE, Med. Times and Gaz., 1863, vol. I.—Lancet, 1868, vol. I, p. 657.
- HUMPHREY, Med. Times and Gaz., 1864, April, 27.
- JONES, Med. Times and Gaz., 1852, vol. II; id., 1857, vol. I.
- LE GROS (CLARK), Lancet, 1862, vol. II.

- LEE (Henry), Brit. Med. Journal, 1867, vol. II.
MAC GREGOR, Edinb. Med. Journal. Dec. 1865. — Lancet, 1865, vol. II.
MACLEOD, Note on the Surgery of the war in the Crimea, 1858.
MORGAN, Med. Times and Gaz., 1857, vol. I. — Lancet, 1861, vol. I.
MORRIS, Lancet, 1852, vol. II.
NUNN, Lancet, 1862, vol. I et II.
O'LEARY, Med. Times and Gaz., 1856, vol. II.
PARSONS, Lancet, 1860, vol. II.
PARTRIDGE, Lancet, 1860, vol. I; id., 1862, vol. I.
PICK, Lancet, 1868, vol. II.
PRICE, Med. Times and Gaz., 1857, vol. II. — Lancet, 1858, vol. I; id.,
1859, vol. II; id., 1860, vol. I et II; id., 1861, vol. I.
SCHLICHTING (John Daniel), Philos. Transact., vol. XIII, p. 274.
SHAW, Lancet, 1856, vol. II.
SIMON, Lancet, 1857, vol. II.
SMITH (Henry), Lancet, 1848, vol. I et II.
SMITH (T.), Med. Times and Gaz., 1863, vol. I.
SOLLY, Lancet, 1853, vol. I; id., 1852, vol. II.
STANLEY, Med. Times and Gaz., 1857, vol. I. — Lancet, 1852, vol. I;
id., 1854, vol. I; id., 1857, vol. II.
SYME, Treatise on the excision of diseased joints. Edinburgh, 1831. —
Lancet, 1849, vol. I.
URE, Med. Times and Gaz., 1857, vol. II. — Lancet, 1857, vol. II; id.,
1860, vol. I.
WALTON, Lancet, 1848, vol. I et II; id., 1852, p. 444.
WHITE (Antony), Lancet, 1849, vol. I, et S. COOPER. Dictionary, art. *Bones*.
WHITE (Charles), Cases in Surgery with remarks. London, 1770.

France.

- BAZIRE, Thèse de Paris, 1860. — Gazette des hôpitaux, n° 45. 1860.
BOEKEL, Les Résections, traduction de O. Heyfelder. Paris, 1863. — Gaz.
méd. de Strasbourg, n° 4. 1864. — Gaz. des hôpitaux. n° 45, 1866.
BONINO, Annales de la chirurgie française et étrangère. Paris, 1844, t. X.
BOURGEOIS et BOURNEVILLE, Maladies chirurg. des enfants. Paris, 1868.
BOYER, Mal. chir., 1847, t. IV.
BRIOT, Histoire de l'état et des progrès de la chirurgie militaire en France,
1817, p. 177.
CHASSAIGNAC, Les résections (Presse médicale, 1863). — Traité des opéra-
tions chirurgicales, 1864, t. I, p. 645.

- CHAUSSIER, Précis d'expériences, etc. (Magas. encyclopédique, 5^e année, 1799).
- DOLBEAU, Résection de la tête fémorale (Gaz. des hôpitaux, n° 404, 1862, et n° 427, 1865).
- GERDY, Concours d'agrégation, 1839.
- GIBERT, Thèse de Paris, 1859.
- GIRALDÈS, Bulletin de la Soc. de chir. 1862. — Maladies chir. des enfants. Paris, 1868.
- GOSSELIN, Gaz. méd., 49 oct. 1864, p. 670. — Bulletin de l'Académie de médecine, 15, octobre, 12 novembre, 2 décembre, 1864.
- ISAAC, Thèse de Strasbourg, 1865.
- LABBÉ, Thèse d'agrégation (De la coxalgie). Paris, 1863.
- LE FORT, La résection de la hanche, etc. Paris, 1860. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1864.
- MALGAIGNE, Médecine opératoire, 1864.
- NÉLATON, Gazette des hôpitaux, n° 80, 1862.
- PAILLARD, Relations chirurgicales du siège d'Anvers. Paris, 1832. — Gaz. des hôpitaux, janvier 1833.
- PERCY et LAURENT, Dictionnaire des sciences médicales, t. XLVII, 1820.
- RICHEL, Thèse de concours. Paris, 1850.
- ROSSI (de Turin), Médecine opératoire, t. II, p. 224, 1806.
- ROUX, Concours pour la chaire de médecine opératoire. Paris, 1812. — Revue médicale, t. I, 1830. — Gazette des hôpitaux, 1847, p. 448.
- SARAZIN, Thèse d'agrégation en chirurgie. Strasbourg, 1863. — Gazette des hôpitaux, 1865, p. 442.
- SÉDILLOT, Évidement des os, 1860. — Traité de médecine opératoire, 1853, t. I. — Académie des sciences, 1867. — Gazette de Paris, 1866, n° 43.
- SHRIMPTON, Gazette des hôpitaux, 1867, n° 50.
- TOSTIVINT, Thèse de Paris, 1868.
- VELPEAU, Médecine opératoire, 1839.
- VERMANDOIS, Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, 1786, p. 54.
- VERNEUIL, Les résections (Gazette hebdomadaire, 1858). — Gazette des hôpitaux, 1864, et 1868, n° 433. — Société impériale de chirurgie, 14 octobre 1868.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	8
TABLEAU STATISTIQUE.	23
CHAPITRE II. — Discussion du tableau statistique.	43
CHAPITRE III. — Indications et contre-indications.	57
§ 1. — Conditions favorables à la résection.	64
§ 2. — Conditions défavorables à la résection.	62
CHAPITRE IV. — Opération.	67
CHAPITRE V. — Traitement consécutif.	74
CHAPITRE VI. — Des suites de la résection.	82
§ 1. — Ankylose.	82
§ 2. — Utilité du membre opéré.	85
§ 3. — Raccourcissement.	92
OBSERVATIONS.	94
BIBLIOGRAPHIE.	113

CHAPITRE PREMIER. — Historique. 1

CHAPITRE II. — Indications et contre-indications relatives à l'usage de la méthode. 15

CHAPITRE III. — Indications relatives à la technique. 25

CHAPITRE IV. — Opérations. 35

CHAPITRE V. — Traitement consécutif. 45

CHAPITRE VI. — Des suites de la résection. 55

§ 1. — Ankylose. 55

§ 2. — Atrophie musculaire. 65

§ 3. — Ankylose. 75

CHAPITRE VII. — Observations. 85

BIBLIOGRAPHIE. 95

TABLE DES MATIÈRES. 105