

considérable et plus rapide que le canal creusé par la balle sera plus loin des surfaces articulaires. Langenbeck a toujours observé ce gonflement à la période de suppuration ou de suintement. Le gonflement se produit dans la région crurale, immédiatement au point où les vaisseaux fémoraux passent au-devant de l'articulation ; l'artère fémorale est ainsi soulevée, et paraît battre sous la peau.

Pendant que s'accomplissent les phénomènes inflammatoires et suppuratifs, voici les signes que l'on observe. Le membre se place dans la flexion, à laquelle se joint presque toujours de la rotation en dehors ; des douleurs très violentes dans l'articulation s'associent à des irradiations douloureuses dans le nerf sciatique ou dans tout le membre. La région de l'articulation s'infiltré, la fièvre s'élève très haut, et dans un grand nombre de cas, le malade est atteint de pyohémie dès la 3^e ou 4^e semaine. Dans un nombre tout aussi considérable de cas, on voit les tissus s'infiltrer, on constate de l'emphysème, une coloration particulière de la peau et la septicémie fait son apparition.

Dans les cas favorables, la suppuration reste limitée ; il se forme des abcès, et à la rigueur des éliminations de fragments osseux plus ou moins considérables ; le résultat est une ankylose par du tissu fibreux, cartilagineux ou osseux, et il dépend du traitement que le membre soit consolidé dans une bonne position. Dans des cas particulièrement favorables (coup de feu dans la capsule bien traité immédiatement) la guérison peut survenir sans suppuration.

TRAITEMENT. — Grâce au traitement antiseptique, on peut modifier la marche de la maladie. Ce traitement suppose que l'on intervienne immédiatement, et c'est alors qu'il peut être opposé au traitement conservateur à ciel ouvert. On doit donc agir le plus tôt possible, et si on peut au quartier général des ambulances. Langenbeck, à l'époque où on soignait les plaies à découvert, disait que dans *certaines cas* il était *indiqué* d'explorer le trajet de la balle ; aujourd'hui, on peut dire que cette exploration est toujours indiquée. « Ainsi, que l'orifice soit en avant, en arrière, ou en dehors, le canal doit toujours être exploré avec le doigt et, selon les circonstances, débridé ou dilaté » (Gurlt). On peut rencontrer les cas suivants :

1. L'orifice d'entrée siège en avant et conduit sur la tête ou le col du fémur ; il n'existe de lésions ni du grand trochanter ni des parties osseuses situées au-dessous de lui. Dans ce cas, il faut largement ouvrir l'articulation ; l'incision longitudinale antérieure de Schede est celle qui convient le mieux.

Dès que les parties auront été mises à nu, il s'agira de reconnaître ce qui est à réséquer. Dans un certain nombre de cas, il suffira de retirer le projectile avec la pince ou à la gouge, et d'enlever quelques es-

quilles provenant de la tête ou du col, après quoi la surface osseuse lésée sera régularisée au ciseau ou grattée à la curette. Dans les cas où le col sera broyé, émietté, on enlèvera toutes les esquilles, on énucléera la tête fémorale ; si la base du trochanter a été atteinte, on enlèvera au ciseau les débris osseux et enfin on égalisera les surfaces. On pratiquera ensuite une contre-ouverture à la face postérieure du trochanter, on y passera un drain, enfin on bourrera la plaie à la gaze iodoformée.

2. Le trajet de la plaie part de la région antérieure ou externe et se dirige vers le trochanter, et ce dernier est touché.

Dans un cas semblable, on met le trochanter à nu par une incision allant jusqu'à l'os et dirigée le long de sa face externe. Afin de ménager le périoste et les attaches musculaires qui s'y trouvent, on peut, à l'exemple de P. Vogt, enlever au ciseau la lame osseuse la plus superficielle du trochanter ainsi que les insertions musculaires correspondantes. On peut ainsi jeter un coup d'œil d'ensemble sur la région atteinte. On se trouve alors en présence de différentes lésions, d'après lesquelles le traitement devra être institué.

a) Le fémur est broyé au-dessous et au niveau du trochanter, mais l'articulation même est intacte : un traitement conservateur est de mise.

b) L'extrémité supérieure du fémur est broyée dans sa partie intra-articulaire : il faut réséquer toute cette extrémité supérieure ; le meilleur procédé est celui de Langenbeck.

c) Non seulement l'extrémité supérieure du fémur est broyée, mais la lésion empiète sur quelques centimètres de la diaphyse : il ne reste que la désarticulation de la hanche.

3. Le trajet part de la région postérieure et se dirige vers l'articulation. Dans ce cas, on débride le trajet, et si on trouve l'extrémité supérieure du fémur broyée, on la résèque par l'incision postérieure longitudinale de Langenbeck.

§ 7. — Résection de la hanche.

La résection du fémur fut essayée au siècle dernier (1769) par Charles White sur le cadavre ; plus tard par Vermandois, Kœler, Chaussier et Wachter sur des animaux ; Anthony White fit la première fois la résection sur le vivant à Londres, en avril 1821, sur un garçon de 8 ans. Consécutivement à une blessure par arme à feu, cette opération fut faite pour la première fois par Oppenheim sur un soldat russe pendant la guerre russo-turque (1829). Depuis cette