

époque, beaucoup de procédés ont été proposés, mais un petit nombre d'entre eux, seulement, méritent d'être conservés.

En Allemagne, c'est le procédé de Langenbeck, avec incision longitudinale unique, qui est le plus souvent usité. Voici comment on le pratique sur le cadavre. Le sujet est couché sur le côté opposé, et la cuisse moyennement fléchie. On fait l'incision selon une ligne qui partagerait le trochanter en une moitié antérieure et une moitié postérieure. L'incision a une longueur de 6 à 10 centimètres, et sa plus grande partie est située au-dessus du trochanter. Au niveau du trochanter, on incise les parties molles jusqu'à l'os; au-dessus de lui, on pénètre dans les muscles jusqu'à ce que l'on arrive sur le col fémoral et le bord supéro-externe du sourcil cotyloïdien. Dans le sens de l'incision musculaire on divise la capsule selon l'axe du col, puis on incise le bourrelet. Cela fait, on désinsère les muscles trochantériens de dedans en dehors en les accrochant avec le doigt et les tendant à l'aide de mouvements de rotation appropriés. Le ligament rond est incisé; pour cela on tourne le fémur en dedans, on pénètre avec le couteau en arrière de la cavité, puis on incise de haut en bas au-dessus de la tête. Par un mouvement de rotation en dedans et d'adduction, on luxe la tête fémorale hors de la cavité, et on scie le col.

S'il s'agit d'une blessure par arme à feu du col fémoral, la luxation est plus difficile à provoquer; on saisit alors la tête avec un davier afin de la tourner dans la pronation et la flexion et d'inciser le ligament rond d'arrière en avant; si enfin le col avait été séparé au niveau de la tête, il faudrait pénétrer dans celle-ci avec une vis ou un tire-fond pour lui imprimer les mouvements nécessaires. Si les os sont cariés, le ligament rond est détruit, et l'écartement de la tête est facile. Dans les résections secondaires, où il ne s'agit que d'enlever une tête nécrosée, on peut faire une incision en avant, surtout si un abcès antérieur a déjà dû être débridé en avant.

Les chirurgiens français ont usité des incisions à lambeau. Roux et Percy traçaient un lambeau quadrilatère à base supérieure, et répondant à toute la face externe de l'articulation; Velpeau faisait un lambeau demi-circulaire à base supérieure; Sédillot un lambeau demi-circulaire à base inférieure. Chassaignac taillait un lambeau légèrement courbedont le bord postérieur convexe longeait le trochanter. Cette incision, usitée par Velpeau, Billroth, Fock, Linhart, a pris une grande extension dans la pratique chirurgicale, et est facile à exécuter. On enfonce profondément le couteau, et on commence l'incision à égale distance du trochanter et de l'épine, on lui donne une direction semi-lunaire en allant vers le bord postérieur du trochanter, et on ouvre souvent l'articulation du premier coup; on met ensuite

la jambe en pronation, on sectionne le ligament rond, et on luxe la tête.

Roser recommande une incision antérieure déjà indiquée par Vidal; cette incision se trouve juste dans la ligne du col fémoral, commence en dehors du nerf crural et divise les muscles iliaque, couturier, droit antérieur, et tenseur du fascia lata. Après avoir ouvert la paroi antérieure de la capsule, on met le membre en supination, on divise le ligament rond, et on luxe la tête en avant.

Schede a introduit dans la pratique l'incision longitudinale antérieure. Cette incision commence un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à un travers de doigt en dedans d'elle, descend verticalement en bas en mettant à nu le bord interne du couturier et du droit antérieur. On pénètre alors dans l'interstice musculaire, en dehors du nerf crural, jusqu'à ce que l'on rencontre le bord externe du muscle psoas iliaque. Si à ce moment on imprime au membre un léger mouvement de flexion et de rotation en dehors, les deux premiers muscles se retirent en dehors, le psoas iliaque file en dedans et on peut diviser largement la capsule: les manipulations ultérieures n'offrent plus aucune difficulté (ablation de la tête ou résection totale, etc.).

Bien des chirurgiens préfèrent réséquer toujours le trochanter. Ce sont surtout les chirurgiens américains qui agissent ainsi, parce que, dit Sayre, le trochanter bouche la plaie et favorise la rétention de pus. Cette raison était soutenable quand on traitait les plaies à ciel ouvert. Quelques chirurgiens allemands préfèrent réséquer le trochanter parce qu'ils prétendent obtenir de meilleurs résultats au point de vue fonctionnel; le petit trochanter pourrait être amené au contact de la cavité et s'y souder par un cal fibreux court.

Dans l'arthrectomie totale (capsule et os) d'une articulation coxo-fémorale tuberculense, on peut employer le procédé de Tilling, qui consiste à mettre le trochanter à nu au moyen d'une incision antérieure; on le scie à sa base et on le récline en arrière avec toutes ses insertions musculaires. L'articulation est alors libérée complètement; après l'arthrectomie, on recloue le trochanter.

Quant aux soins consécutifs, on emploie le plus souvent l'extension continue par des poids; ce moyen qui est en effet très commode, n'est cependant pas supporté par tous les malades, de sorte qu'on est obligé d'avoir recours à un appareil plâtré.

La résection de la hanche donne *quoad vitam* des résultats variés. Dans les plaies par armes à feu, la mortalité atteindrait d'après Gurlt 88 0/0; d'après le comité de Londres, elle irait à 40 0/0 dans les cas de coxalgie.

En ce qui concerne le résultat final au point de vue fonctionnel, il

résulte des recherches de Gurlt, que la plupart des individus opérés pour plaies par armes à feu pouvaient se servir plus ou moins parfaitement de leur membre, de sorte qu'ils purent continuer leurs occupations antérieures. Dans quelques cas, on vit persister de la raideur du genou, de la faiblesse du membre, un raccourcissement considérable ; mais d'autre part on a vu des malades qui pouvaient faire des lieues à pied ou rester toute une journée debout en se servant d'une canne.

En général, les résultats fonctionnels que fournit la résection dans les cas de coxalgie, sont bien plus favorables ; il existe de nombreux cas dans lesquels les malades s'appuient sans l'aide d'une canne sur leur jambe, peuvent marcher longtemps, et se servent de leur membre comme d'une jambe normale. Dans un cas de coxalgie double, Billroth réséqua les deux hanches ; le résultat fut excellent, car l'enfant pouvait marcher, courir ; et ce n'était qu'en procédant à un examen minutieux que l'on pouvait constater une légère limitation dans les mouvements.

Enfin nous citerons comme le cas le plus brillant le malade de Sayre qui après résection gagna un prix de patinage.

Dans un cas d'ostéomyélite spontanée où je diagnostiquai un abcès dans la tête fémorale gauche avec perforation de l'articulation, je réséquai la tête ; l'abcès se trouvait dans l'épiphyse, et avait provoqué non seulement la suppuration de la hanche, mais un décollement partiel de l'épiphyse. Aujourd'hui, après 8 ans, le résultat est brillant ; le jeune homme marche, court, saute, grimpe, danse, monte à cheval, la jambe se développe et est aussi forte que l'autre.

§ 8. — Coxalgie.

Arthrites de la hanche en général. — Ce que nous désignons d'une façon générale par coxalgie, est très variable au point de vue de son étiologie, de ses symptômes et de son importance. Au point de vue étiologique, on devrait compter ici les processus d'origine traumatique, rhumatismale, dyscrasique, et métastatique ; au point de vue clinique on rencontre des épanchements séro-synoviaux, l'arthrite suppurée, l'arthrite déformante, des processus fongueux ou destructifs. En ce qui concerne leurs terminaisons, les affections de cette articulation peuvent se terminer par résolution, par ankylose complète ou incomplète, par décollement de l'épiphyse, par luxation ou pseudoluxation, si bien que l'on pourrait faire un long chapitre sur les affections de cette importante articulation.

Les anciens pathologistes établissaient leurs divisions d'après les

suites cliniques ; c'est ainsi que Rust la divise dans son *arthrokakologie*, et avant lui, Petit avait fait de même ; ils prirent pour point de départ la luxation, c'est-à-dire les déformations et destructions osseuses. Plus tard l'anatomie pathologique figura au premier plan ; on parla d'épanchements articulaires, de suppuration, de tuberculose. Enfin ce fut l'étiologie qui fut prise comme point de départ. Quant à nous, dans ce chapitre comme dans tous ceux qui traitent des grandes articulations, nous ne ferons aucun schéma, et nous développerons notre sujet en nous plaçant uniquement au point de vue pratique.

Ce que les praticiens entendent par *coxalgie*, dans le sens le plus étroit du mot, c'est la *tuberculose de l'articulation* de la hanche, et c'est avant tout une *maladie de l'enfance*. Il s'agit ou bien d'une tuberculose primitivement osseuse, ou bien d'une tuberculose de la synoviale. La tuberculose osseuse paraît être de beaucoup la plus fréquente. Le foyer osseux peut se développer sur le fémur ou sur l'os iliaque, de sorte que la division de Blasius en coxalgie fémorale et coxalgie pelvienne est à cet égard fondée.

Mais que le foyer initial soit sur le fémur ou sur le bassin, l'articulation finit presque toujours par être prise tout entière. On comprend qu'un foyer de la cavité cotyloïde infecte immédiatement l'articulation, mais il est besoin de quelques explications pour comprendre comment un foyer développé dans la tête ou à sa surface peut infecter l'articulation. A l'épaule en effet la tuberculose osseuse provient très rarement d'un foyer huméral ; mais il est beaucoup plus fréquent de constater des abcès froids périarticulaires dus à une caverne osseuse. La différence qui existe entre ces deux articulations s'explique immédiatement quand on considère la disposition de la capsule articulaire.

A l'humérus, la tête seule est en contact avec la glène ; au fémur, au contraire, elle est enfermée tout entière dans l'intérieur de l'articulation osseuse (dans l'espace circonscrit par le bourrelet), et, de plus, le col fémoral tout entier, du moins en avant, est compris dans la cavité articulaire puisque les attaches les plus externes de la capsule se font sur la ligne inter-trochantérienne. A l'extrémité supérieure de l'humérus, un foyer tuberculeux a donc de grandes chances pour s'ouvrir en dehors de l'articulation, tandis qu'un foyer osseux de l'extrémité supérieure du fémur ne s'ouvre qu'exceptionnellement en dehors de l'articulation ; il se rompt dans la cavité articulaire osseuse ou capsulaire, et si sa nature est infectieuse, il aboutit à la destruction totale de l'articulation.

Lorsqu'il s'agit d'une articulation superficielle, comme celle du genou, il est facile de dire dès le début si le processus tuberculeux s'accompagne d'une collection liquide abondante (hydarthrose tubercu-