

La figure 66 représente l'un de ces cas. Dans ces derniers temps Volkman et avec lui un grand nombre de chirurgiens allemands donnèrent une plus grande extension à la résection de la hanche. Aujourd'hui la question est devenue plus difficile à résoudre que jadis, car il faut examiner les résultats fonctionnels du membre après des années avant de porter un jugement définitif.

Le comité de Londres donna les indications suivantes pour la résection :

- 1) La nécrose de la tête fémorale et sa transformation en séquestre.
- 2) Un séquestre solide dans la tête ou le col ou la cavité.
- 3) Une carie étendue du fémur, du bassin, avec de grandes fistules.
- 4) Abscesses du bassin à la suite de lésions de l'acétabulum.
- 5) Suppurations anciennes de la synoviale et lésion du cartilage de l'acétabulum.
- 6) Luxation du fémur sur l'ilium avec suppuration chronique et fistules.
- 7) Dégénérescence amyloïde des grands viscères, suppuration abondante, cachexie).

TRAITEMENT DES ANKYLOSES. — Il nous reste encore à parler du traitement des ankyloses de l'articulation. A part la coxalgie nerveuse, il n'existe pour ainsi dire aucun cas de coxalgie qui guérisse sans quelque raideur articulaire. Dans les cas les plus favorables, quand les surfaces articulaires ne sont pas soudées, la capsule, les aponévroses, le tissu cellulaire environnant ont subi des rétractions qui limitent plus ou moins les mouvements. Dans les cas graves les parties intra-articulaires se soudent entre elles, soit dans leur ancienne cavité soit dans celle de formation récente, suivant qu'il y a eu ou non luxation et après des destructions plus ou moins étendues du col et de la tête ; dans ces cas là, comme la maladie a été plus longue et le processus plus grave, les désordres extra-articulaires sont également plus accentués. Bref la coxalgie se termine toujours par une ankylose plus ou moins complète de la hanche dans les attitudes vicieuses les plus variées.

Il est clair que le traitement variera selon le degré d'ankylose, et suppose d'abord que ce degré soit connu, ce qui n'est possible que sous chloroforme. La chose la plus importante pour y parvenir est la fixation du bassin ; et cette besogne est mieux confiée à des aides qu'aux appareils de Buhning ou de Langenbeck. Supposons qu'une coxalgie ait guéri dans l'abduction ; la marche est parfaitement possible moyennant un soulier avec épaisse semelle. Mais si on veut corriger cette attitude et étudier le degré de mobilité du membre sous le chloroforme, on peut trouver des conditions tout à fait différentes selon le

cas. Tantôt, on ne trouve pas trace de mobilité ; tantôt les mouvements sont très étendus. Dans ces derniers cas, on arrive à corriger l'adduction par des mouvements doux, ce qui tient sans doute, comme Busch l'a fait remarquer, à ce que dans cette manipulation le bassin est mieux fixé que lorsqu'on essaye d'étendre le membre.

Dans un cas de ce genre on aura recours au redressement forcé, en une ou plusieurs séances. Si au contraire on n'a trouvé sous le chloroforme que des traces de mobilité, on aura recours à l'extension continue dans un lit à extension ou au moyen d'un appareil, et à cet effet on pourra employer les appareils qu'on trouve dans les établissements orthopédiques ; quand quelques faisceaux musculaires sont fortement tendus, on pratiquera la ténotomie, ou bien on aura recours à un des moyens que nous allons maintenant décrire.

Dans les cas où le membre est inutilisable, où la marche ne peut se faire que difficilement ou même pas du tout, il faut vigoureusement attaquer la position vicieuse. On observe des ankyloses bien curieuses. Quand une cuisse ankylosée est très fortement fléchie, la marche est très difficile, ainsi que l'on peut s'en rendre compte sur soi-même. La marche est encore plus pénible pour les individus qui sont ankylosés des deux côtés dans la flexion à angle aigu. Ils marchent sur les pieds et les mains en se servant de ces dernières comme de béquilles. Avec une ankylose unilatérale dans l'abduction à angle droit, l'individu ne peut pas se servir de béquilles, il ne peut que sauter sur la jambe saine. Si l'abduction est bilatérale, le malade marche sur les genoux en tournant le tronc tantôt à droite tantôt à gauche pour poser l'un des deux genoux en avant. Ainsi que Busch l'a fait observer, et que Luschka l'a montré pour toutes les ankyloses, les deux symphyses sacro-iliaques deviennent plus mobiles, ce qui rend à la longue la marche plus supportable. Si l'ankylose s'est faite dans la flexion, l'adduction prononcée et la pronation, l'extrémité malade est inutilisable. Si l'adduction est d'intensité moyenne et le raccourcissement peu accentué, il en résulte une marche particulière dans laquelle les jambes se croisent à un moment donné ; le malade ne peut faire que quelques pas sans béquilles ; en général, il préfère se servir d'une béquille et laisser pendre la jambe malade. Bref toutes les fois que la marche est rendue très difficile, il faut corriger la position.

Le procédé le plus simple serait le brisement forcé, au risque de produire une fracture. Mais comme on ne peut jamais savoir exactement à quel niveau la fracture se fera, on a rejeté le brisement forcé ainsi que l'ostéoclasie, et on a eu plus de confiance dans les méthodes sanglantes.

C'est Rhea Barton qui en 1826 fit la première opération de ce genre sur un

matelot qui à la suite d'une coxalgie avait eu la hanche ankylosée dans la flexion à angle aigu; Barton divisa les parties molles par une incision cruciale, et scia le fémur entre les deux trochanters.

En 1830, Rodgers de New-York excisa un coin osseux dans la région trochantérienne, et obtint une pseudarthrose solide et mobile. Cependant on en resta encore longtemps au brisement forcé combiné à la rigueur à la ténotomie ou à la myotomie. En 1832, Mayer de Wurzburg attira l'attention sur la ténotomie; et dès 1856 il put en publier 20 cas, qui sauf une seule mort donnèrent tous les plus brillants résultats. En 1854, Langenbeck commença les *ostéotomies dites sous-cutanées*, c'est-à-dire qui se font moyennant une très petite incision cutanée. Les malades suppurèrent, et ce ne fut que longtemps après que Billroth put publier un cas qui guérit par première intention. En 1854 également Brainard publia son procédé de perforation osseuse sous-cutanée, et prétendit qu'il pouvait servir à former une pseudarthrose au-dessous du trochanter si l'articulation elle-même était ankylosée. En 1862, il excisa par un trait de scie un morceau d'os semi-lunaire au-dessus du petit trochanter, et arrondit le bout inférieur pour imiter l'articulation de la hanche. En 1869, W. Adams scia le col du fémur par une petite incision cutanée faite au ténotome; Gant scia le fémur au-dessous des trochanters; de même agit Volkman qui introduisit le nom d'ostéotomie sous-trochantérienne. Enfin Volkman scia le fémur à 2 centimètres au-dessous du sommet du trochanter; puis il tailla l'extrémité supérieure du fémur de façon à lui donner le diamètre de la portion moyenne de la diaphyse, arrondit cette extrémité supérieure, et en enlevant la tête morceau par morceau créa une cavité nouvelle aussi profonde qu'il put. Je citerai encore le procédé de Nussbaum. Cet auteur aborda le fémur au-dessous du trochanter, l'ostéotomia dans presque toute son épaisseur, et laissa la plaie guérir; puis il fractura l'os à cet endroit, ce qui naturellement ne fut pas difficile.

Il existe donc un très grand nombre de procédés entre lesquels on a le choix.

On peut conclure d'un mémoire consciencieux où Rosmanit eut la patience de réunir toutes les opérations de ce genre qui ont été publiées; on peut conclure, dis-je, les points suivants:

1. A part quelques rares exceptions, ni la simple ostéotomie, ni l'excision cunéiforme ne parviennent à faire une pseudarthrose malgré tous les efforts du chirurgien; on voit bien plutôt se former une consolidation osseuse.

2. En ce qui concerne la fonction du membre, l'ostéotomie cunéiforme n'a pas grand avantage sur l'ostéotomie linéaire, mais elle peut aussi lui être comparée *quoad vitam*.

3. La résection est plus dangereuse que l'ostéotomie, mais les chances de mobilité sont plus grandes.

En ce qui concerne les ostéotomies faites au-dessus ou au-dessous du trochanter, l'antisepsie rend ces opérations également bénignes<sup>1</sup>.

(1) Je pense, avec Albert, que pour redresser les ankyloses de la hanche en position vicieuse, l'ostéotomie est la méthode de choix. Si la déviation n'est pas

Il en résulte que l'on devra réséquer en présence d'une ankylose double; mais on ne fera la résection que d'un côté et l'ostéotomie de l'autre.

A la suite des opinions émises par l'orthopédiste américain Phelps, Lorenz a fait dans ces derniers temps la section des muscles suivie du redressement forcé, dans le traitement des ankyloses de la hanche. Les myotomies sont faites à ciel ouvert, c'est-à-dire après section de toutes les brides que l'on pourrait rencontrer sur son chemin. Les résultats sont excellents. On arrive souvent aux mêmes résultats par des myotomies sous-cutanées ainsi que je l'ai souvent constaté par moi-même.

Récemment Winiwarter a indiqué, dans les cas où la rétraction était produite par les parties molles et en particulier par le fascia lata, un procédé qu'il appelle *fascioplastie*. En dehors des vaisseaux et au-dessous de l'arcade de Fallope, il taille un lambeau en forme de V comprenant la peau et l'aponévrose; la base du lambeau est en haut. Si l'extension réussit, la plaie est alors suturée en forme de Y; si au contraire on sent encore de la résistance, on coupe les muscles et à la rigueur la paroi antérieure de la capsule; on doit alors placer des sutures profondes.

très accentuée, on peut se contenter de l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale. Si elle est très accusée, on aurait ainsi un raccourcissement considérable ou, si on voulait recourir immédiatement à l'extension continue, une coaptation insuffisante. Dans ces conditions, donc, on pratiquera l'*ostéotomie sous-trochantérienne oblique*, la section osseuse partant en dehors juste au-dessous du grand trochanter et aboutissant en dedans à 10 centimètres plus bas. Cela fait, on applique l'extension continue immédiate et on corrige la flexion, l'adduction, la rotation en dedans (puisque c'est presque toujours dans cette attitude de la 2<sup>e</sup> période que l'ankylose a lieu) sans crainte de voir les fragments s'abandonner, à cause du long biseau par lequel ils se correspondent. A cet effet, le meilleur appareil à extension est, de beaucoup, celui de Hennequin, car il permet d'obtenir à volonté la correction de l'adduction et de la rotation en dedans. De plus, il ne tire que sur la cuisse et laisse le genou parfaitement libre. Par ce procédé j'ai vu Terrier et Hennequin obtenir un excellent résultat et moi-même je suis parvenu à une correction parfaite dans un cas où la déviation était considérable.

(A. B.)