

une excision semi-lunaire, dans le but d'obtenir une pseudarthrose. D'autre part, ADAMS essaya de diviser le col de fémur, par un procédé, en quelque sorte, sous-cutané, après avoir pratiqué une petite incision de la peau. D'autres chirurgiens ont fait, au niveau du grand trochanter, une large incision qui leur a permis d'exciser un coin osseux de la région du col du fémur, et sans doute aussi d'enlever la tête articulaire (v. NUSSBAUM, v. LANGENBECK etc.).

Toutes ces opérations pratiquées en grande partie avec la scie (scie passe-partout), avaient une mortalité assez élevée (environ 50 0/0), et bien que, avec les précautions antiseptiques, le nombre des cas de mort ait considérablement diminué, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue de la perfection des résultats et de la certitude d'obtenir précisément l'effet désiré, elles ne valent pas les deux opérations qui sont actuellement en usage en Allemagne, à savoir l'excision cunéiforme du fémur au-dessous du trochanter, et la résection de la jointure ankylosée avec formation d'une nouvelle articulation.

L'ostéotomie cunéiforme a été surtout cultivée par VOLKMANN, lequel a démontré que l'on pouvait en obtenir de bons résultats (ostéotomie sous-trochantérienne). Il a eu recours à cette opération dans la forme la plus fréquente d'ankylose en adduction et flexion, avec gêne considérable des fonctions du membre. En ce qui concerne le lieu d'élection de l'ostéotomie, la région sous-trochantérienne mérite avant tout la préférence, car l'opération pratiquée à ce niveau, permet de mobiliser le fémur au-dessous des obstacles habituels aux mouvements (insertion cotyloïdienne de la capsule et ligament iléo-fémoral), de sorte que le redressement est possible dans tous les cas. En outre, le trochanter est plus accessible à l'action des instruments, et il y aurait quelque danger à opérer la section du col du fémur dans les cas où l'articulation n'est pas encore entièrement détruite. VOLKMANN, à l'exemple de BILLROTH, se sert du ciseau pour cette opération qu'il pratique, cela va sans dire, avec les précautions antiseptiques d'usage.

Après avoir mis à nu le trochanter, par une longue incision au niveau de sa partie postérieure et externe, à l'aide de la rugine il détache le périoste en avant, en arrière et en dehors, sur les deux tiers de la circonférence de cette apophyse, puis au moyen de la gouge d'abord, et ensuite du ciseau, il enlève un coin osseux de dimensions et situation variables suivant le degré de flexion et d'adduction. Enfin, il applique un pansement antiseptique, de façon à exercer une forte compression des deux côtés de la plaie.

L'attitude du membre est corrigée, à la suite de l'ostéotomie. Dans ce but, il est assez souvent nécessaire de pratiquer, à la partie interne de la cuisse, la section sous-cutanée d'aponévroses et muscles qui par leur tension, s'opposent au redressement, ce qui est surtout le cas dans les fortes contractures en adduction. L'opération que nous venons de décrire, détermine une fracture ouverte dont on doit chercher ensuite à obtenir la guérison dans une direction telle, qu'une récidive paraisse impossible. S'agit-il d'une attitude vicieuse

très prononcée en adduction, on n'éprouve aucune difficulté, cela va sans dire, à corriger le raccourcissement apparent qui était la conséquence de l'élévation du bassin du côté malade. VOLKMANN cherche, en outre, à opérer la correction du raccourcissement réel, qu'il n'est pas rare d'observer dans ces cas. Dans ce but, il place le membre dans l'abduction pendant le temps nécessaire à la guérison. Une fois la consolidation opérée, le bassin reste alors abaissé du côté malade, ce qui entraîne un allongement de l'extrémité correspondante.

L'ostéotomie pratiquée, dans les cas d'ankylose d'origine tuberculeuse, surtout lorsqu'il existe des fistules, est passible d'une objection, à savoir qu'elle laisse subsister des restes de tissu malade. A supposer que l'efficacité des deux opérations soit la même, nous sommes d'avis que dans ces conditions, il faut accorder la préférence à celle qui, tout en permettant de corriger l'attitude vicieuse, donne la certitude que toutes les parties malades ont été enlevées. D'autre part, nous croyons devoir attirer l'attention sur les inconvénients très sérieux qu'entraîne l'ostéotomie chez beaucoup d'opérés. En effet, supposons que l'opération ait donné un succès complet, et que le membre fonctionne convenablement dans la marche, comme l'articulation est ankylosée dans l'extension, le malade ne s'assied qu'avec peine, et surtout il ne peut passer que très lentement de la station debout à la position assise. Si les deux articulations étaient ainsi ankylosées dans l'extension, le malade se trouverait naturellement dans un très grand embarras. C'est pour ce motif que, dans un cas d'ankylose bilatérale en flexion, que j'ai eu en traitement il y a quelques années, je me suis décidé à pratiquer l'ostéotomie du côté où la flexion s'accompagnait d'adduction, et la résection modifiée de l'articulation de l'autre côté (flexion et abduction). Ayant eu l'occasion d'observer des individus auxquels j'avais pratiqué quelques années auparavant l'ostéotomie cunéiforme pour ankylose, et de comparer les résultats obtenus avec ceux que m'a donnés dans les mêmes conditions la résection modifiée de l'articulation, je me suis décidé à abandonner pour ainsi dire complètement l'ostéotomie, pour la remplacer par cette seconde opération. Cependant je maintiens l'indication de l'ostéotomie dans nombre de cas d'adduction, comme aussi toutes les fois que le nombre malade a subi une atrophie et un raccourcissement tels, que je ne puis l'exposer aux conséquences d'une résection, c'est-à-dire d'une intervention chirurgicale plus grave, dont le traitement consécutif est aussi plus difficile. Par contre, dans toutes les autres conditions, je suis complètement revenu de cette opération, surtout lorsqu'il s'agit d'une contracture en abduction et flexion. D'après une communication récente, VOLKMANN est aussi d'avis de restreindre les indications de l'ostéotomie sous-trochantérienne, et de la remplacer, dans bien des cas, par la résection de l'articulation à l'aide du ciseau. Toutefois, il ne va pas aussi

loin que l'auteur de ce traité, car il considère l'ostéotomie comme étant indiquée dans la majorité des cas.

La résection, dans ces cas, peut être parfois fort bien pratiquée au moyen de l'incision longitudinale de LANGENBECK. Cependant, on ne sera pas trop absolu sous ce rapport. Assez souvent on facilite beaucoup l'opération en faisant une incision en arc de cercle permettant de découvrir en avant le col du fémur, ou une incision un peu recourbée en arrière sur la tête articulaire, pour le cas où cette dernière serait luxée sur l'os iliaque. A l'aide de la rugine, on met ensuite à nu le trochanter et le col fémoral. Lorsque ce dernier est bien accessible aux instruments, et peut être dénudé sur toute sa circonférence, l'opération devient beaucoup plus aisée si l'on a soin de pratiquer d'abord la section du col avec la scie de LANGENBECK. Si ce n'est pas le cas, on opère la section de cette partie de l'os en se servant d'un large ciseau. Souvent il est nécessaire d'enlever d'emblée le grand trochanter. Dès que l'on a sectionné la plus grande partie du col à l'aide de la scie ou du ciseau, on brise le pont osseux que ces instruments ont respecté, et au moyen de la gouge, on fait sortir de la cavité cotyloïde la tête articulaire ou ce qui reste de cette dernière. Comme le fait remarquer VOLKMANN, il arrive parfois à ce moment que l'on perfore le bassin. Dans la région de l'acétabulum on creuse une cavité d'étendue suffisante pour recevoir l'extrémité du fémur. On cherche alors, par des mouvements appropriés, à faire pénétrer le bout du fémur dans cette cavité, et à corriger ainsi la déformation. Si l'on ne parvient pas à obtenir le résultat désiré, on cherche à reconnaître quelles sont les parties qui s'y opposent, afin de les enlever. En outre, on opère la section sous-cutanée des parties molles particulièrement tendues. On ne s'arrête pas avant d'avoir presque entièrement corrigé l'attitude vicieuse. On applique ensuite un pansement antiseptique, et l'on soumet le membre à l'extension par des poids. Cette dernière, comme le fait remarquer avec raison VOLKMANN, exerce une grande influence sur le résultat final. On est parfois obligé d'employer des poids considérables (10 kilos); mais on obtient ainsi facilement la guérison avec mobilité modérée de la nouvelle articulation. L'extension doit être longtemps continuée. VOLKMANN fait à cette méthode opératoire employée dans les cas de contracture en adduction, une objection bien fondée à notre avis, c'est que, parfois, l'on est obligé d'enlever une masse osseuse considérable avant de pouvoir opérer la correction désirée, et que, dans les formes extrêmes d'ankylose en attitude vicieuse, la tendance à la récurrence est plus prononcée qu'à la suite de l'ostéotomie cunéiforme. Cette dernière opération est, d'ailleurs, bien certainement, d'une exécution beaucoup plus facile, et constitue un traumatisme moins grave que la résection. Aussi beaucoup de chirurgiens lui donnent-ils encore actuellement la préférence.

C. OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ARTICULATION DE LA HANCHE

1. Résection de la hanche.

§ 58. — Dans notre exposé des blessures par armes à feu, comme aussi dans notre étude des processus inflammatoires de l'articulation

coxo-fémorale, nous avons établi, autant que faire se pouvait, les indications de la résection. Nous avons, en outre, cherché à démontrer que le chiffre de la mortalité et les résultats fonctionnels de la résection nous permettent de conclure que cette opération est parfaitement justifiée. Nous commencerons donc par faire connaître le manuel opératoire et le traitement consécutif; mais nous reviendrons, à la fin de notre description, sur la question du résultat fonctionnel de la résection.

Au siècle passé, on avait déjà remarqué assez souvent que des malades auxquels on avait enlevé l'articulation coxo-fémorale frappée de nécrose, guérissaient avec un bon état fonctionnel de l'extrémité correspondante. Se basant sur ces observations, ainsi que sur des expériences faites sur le cadavre, CHARLES WHITE de Manchester proposa, déjà en 1769, la résection de la hanche. Bien que des expériences multiples aient démontré l'utilité de cette opération chez les animaux également, un temps très long s'est écoulé jusqu'au moment où elle fut admise dans la pratique. ANTON WHITE paraît être le premier qui ait tenté la résection sur le vivant (1818). Mais il fallut attendre longtemps encore jusqu'à ce que son exemple fût suivi par un certain nombre de chirurgiens. Ce n'est que dans les dernières périodes décennales, que l'opération en question a été pratiquée un grand nombre de fois, surtout par les chirurgiens américains, anglais et allemands.

On s'est frayé un accès de différents côtés vers l'articulation coxo-fémorale, Tandis que CH. White avait proposé une incision longitudinale le long de la face externe du grand trochanter, A. WHITE fit une incision en arc de cercle contourant cette même apophyse, et ouvrant l'articulation en haut et en arrière. Ce même procédé a été conseillé plus tard par VELPEAU, et en Allemagne c'est évidemment celui que l'on a le plus employé jusque dans ces derniers temps. PERCY et JAEGER eurent recours à la méthode à lambeau. Ils firent en avant du trochanter une incision longitudinale longue de 10 centimètres, de laquelle partaient deux incisions transversales dirigées d'avant en arrière. Le lambeau ainsi limité était détaché du trochanter, et l'articulation ouverte en avant. ROSER, dans certains cas déterminés, avait recours également à une incision antérieure dirigée transversalement lorsqu'il voulait ouvrir ou réséquer l'articulation (voir plus loin).

Pour la très grande majorité des opérations à pratiquer dans les cas de coxite, nous conseillons de faire, le long de la ligne médiane du grand trochanter, une incision longitudinale dépassant en haut cette apophyse. Ce procédé qui a été indiqué par LANGENBECK dans ces derniers temps, a d'abord l'avantage d'être extrêmement favorable dans la plupart des résections pratiquées alors que le membre est dans l'adduction; elle a, en outre, l'avantage qu'il suffit de la prolonger en bas pour se placer dans les meilleures conditions opératoires, pour le cas où l'on se verrait obligé de pratiquer la résection du grand trochanter, tout en respectant les parties molles. Enfin, l'opération faite suivant ce procédé, constitue un traumatisme relativement léger, et donne aux liquides de la plaie un