

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 perce 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 contournant 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

bon écoulement, sans compter qu'elle est d'une exécution facile, même pour un débutant.

Nous considérons donc comme le procédé normal l'incision longitudinale dont nous venons de parler. Le malade étant couché sur le côté, la cuisse en flexion modérée, on marque la direction de l'incision par une ligne qui, prolongée du grand trochanter, arrive à l'épine iliaque postérieure et supérieure. Suivant l'étendue de la résection et le volume des parties osseuses à enlever, on donne une longueur de 6 à 10 centimètres à cette incision que l'on mène le long de la ligne médiane du trochanter, comme si l'on voulait diviser ce dernier longitudinalement en deux moitiés égales. La plus grande partie de l'incision dépasse en haut le sommet du grand trochanter. Sur ce dernier le bistouri est enfoncé d'emblée jusqu'à l'os, tandis que, plus haut, il divise profondément les fessiers dans la direction de l'axe longitudinal du col du fémur, et met ainsi à nu la capsule et la partie supéro-externe du rebord cotyloïdien. On maintient les bords de la plaie écartés au moyen de deux crochets de LANGENBECK implantés dans les parties molles profondes. Laissant le bistouri dans la plaie, on divise aussitôt la capsule longitudinalement, depuis son insertion au col du fémur jusqu'à son attache au bord de l'acétabulum. De chaque côté de cette incision longitudinale on divise sur une petite étendue l'insertion cotyloïdienne de la capsule, ainsi que le bourrelet fibrocartilagineux. On introduit ensuite l'index autour de la pointe du trochanter dans la profondeur de la plaie fessière, et l'on accroche les muscles qui s'insèrent à cette apophyse. On commence cette manœuvre par la partie antérieure, après avoir placé la cuisse en rotation modérée en dehors. A l'aide d'un bistouri que l'on introduit dans la profondeur, entre le doigt et le trochanter, on divise les muscles préalablement tendus grâce à des mouvements de rotation imprimés à la cuisse; on dirige le tranchant de l'instrument contre la surface de l'os, de façon à sectionner les masses musculaires au niveau de leur insertion au bord antérieur du trochanter. Après avoir amené la cuisse en rotation en dedans, on répète la même manœuvre opératoire pour les parties molles s'insérant au bord postérieur et supérieur de cette apophyse.

On respecte mieux les parties molles lorsqu'au niveau de la partie trochantérienne de l'incision longitudinale, on détache de chaque côté le périoste et les insertions musculaires à l'aide de la rugine, des pinces et du couteau à résection. On fait alors une véritable résection sous-périostée. Nous verrons plus loin, en décrivant notre propre méthode opératoire, comment nous procédons pour conserver les insertions musculaires.

Sur le cadavre, il faut ensuite diviser le ligament rond. Après avoir amené le membre en rotation modérée en dedans et en flexion, on introduit un fort bistouri à lame étroite le long du bord postérieur de l'acétabulum, dans la cavité articulaire, et on le fait glisser de haut en bas,

sur la tête fémorale, en dirigeant le tranchant contre cette dernière, sous un angle de 45°. Dans la plupart des résections, cette manœuvre opératoire est inutile, le ligament rond étant détruit. Pour scier le col du fémur, le procédé le plus commode consiste à opérer la section, après avoir luxé la tête articulaire. Par une rotation énergique en dedans de l'extrémité fléchie, on cherche à provoquer la luxation de la tête fémorale sur l'os iliaque. Dans les opérations sur le cadavre on procède aussi, en général, de cette manière. Il en est autrement sur le vivant dans les résections pour coxite tuberculeuse, car, dans la règle, on a alors des raisons bien suffisantes pour éviter les mouvements étendus qu'il faut imprimer au membre pour luxer la tête articulaire. Une fracture peut facilement en être la conséquence. Mieux vaut opérer sur place la section du col à l'aide de la scie passe-partout ou d'un fort ostéotome. Dans ce but, on introduit tout d'abord dans la plaie, en avant et en arrière du col du fémur, un élévatoire servant à écarter les tissus au niveau de la section de l'os. On dirige la scie contre l'un des deux élévatoires, de façon à ne pas blesser les parties molles.

Nous avons laissé entièrement de côté la question de savoir si l'on est autorisé à pratiquer la résection, au niveau du col du fémur. Or les chirurgiens américains pratiquent très souvent la section de l'os au-dessous du grand trochanter. Ils prétendent que le pronostic *quoad vitam* est meilleur à la suite de cette opération qu'après la résection au niveau du col, et la statistique de LEISRINK a révélé également qu'il y a des différences considérables, sous ce rapport, entre les deux méthodes opératoires (51,7 : 100 de guérisons au lieu de 33,3 : 100). SAYRE affirme que le trochanter tend à produire une rétention de pus en fermant comme un bouchon la plaie de résection. Peut-être aussi, vu la fréquence relative des affections du trochanter, la résection au niveau du col a-t-elle l'inconvénient de ne pas enlever aussi sûrement toutes les parties malades. En effet, la section du col ne met pas toujours à nu le foyer trochantérien, dont l'existence oblige naturellement le chirurgien à pratiquer la résection du trochanter ou l'évidement de ce dernier avec la curette ou la gouge. D'autre part, les résultats fonctionnels seraient aussi meilleurs à la suite de la résection sous-trochantérienne. VOLKMANN, se basant sur un grand nombre de résections, est également partisan de cette méthode opératoire, et je puis ajouter que j'ai observé un très bon résultat dans un cas où j'avais été obligé d'enlever même le petit trochanter. De fait, il n'y a là rien de bien surprenant, d'après ce que nous savons du mode de guérison à la suite de la résection de la hanche.

Dans un travail remarquable publié dans la *Revue de chirurgie* (mars 1881, p. 117), OLLIER a étudié la question du **résultat fonctionnel**, à la suite de la résection de la hanche, et a porté spécialement son attention sur la résection du trochanter dont il a élucidé les conséquences par des expériences sur les animaux. Lorsque, chez un animal, on enlève