

le trochanter seul, la tête articulaire continue à se développer presque aussi complètement que si le fémur était intact; il ne se produit pas de raccourcissement notable du membre inférieur correspondant. Par contre, la résection du col du fémur entraîne régulièrement un raccourcissement de l'extrémité chez les animaux à la période de croissance, bien que la mensuration de la cuisse, depuis la pointe du trochanter jusqu'à l'interstice articulaire du genou, ne révèle pas un raccourcissement notable, l'apophyse trochantérienne ayant continué à se développer. Si l'on résèque à la fois le col et le trochanter, il en résulte un raccourcissement notable de l'extrémité. Toutefois, comme le prouvent les expériences sur les animaux et l'observation clinique, la part que prend l'épiphyse supérieure du fémur à l'accroissement de ce dernier, n'est que d'environ la moitié de celle qui revient à l'épiphyse inférieure. On s'explique dès lors que la résection de la hanche avec ablation du cartilage épiphysaire de la tête fémorale, n'entraîne qu'à peu près le quart de l'arrêt de l'accroissement résultant de la résection du genou avec ablation des deux cartilages épiphysaires correspondants.

Tous les observateurs récents admettent, comme règle générale, que l'on doit chercher à obtenir une articulation mobile à la suite de la résection de la hanche. C'est à cette conclusion également que l'on est arrivé dans les tentatives de résection chez les animaux. On obtient d'autant plus sûrement ce résultat que l'on a mieux réussi à conserver le périoste et la capsule servant de moyen d'union du fémur avec le bassin (OLLIER). Lorsque le col a été complètement enlevé, l'articulation ne peut se reconstituer que d'une façon très incomplète, le fémur venant simplement s'appuyer par sa surface interne contre la région cotyloïdienne.

Dans quelques cas cependant, on a constaté que le grand trochanter arrondi se trouvait fixé dans une espèce de cavité cotyloïde résultant de l'agrandissement de la cavité articulaire normale, en dehors et en arrière (ROSS). Dans d'autres cas dans lesquels une portion du col était conservée, c'était surtout le petit trochanter qui avait pénétré dans la cavité cotyloïde, et s'y était fixé par de courts faisceaux fibreux. C'est RIED qui a attiré l'attention sur ce mode de guérison qui, d'après HUETER surtout, est relativement fréquent, et, que pour ma part, me basant sur ma propre expérience, je considère comme typique. Si vraiment la guérison s'opère ainsi dans la majorité des cas, la conservation du grand trochanter n'offre aucun avantage particulier (voir OLLIER, *loc. cit.* p. 202).

Quant à notre manière de voir actuelle sur cette question, nous pouvons la résumer en disant que nous ne pratiquons la résection du trochanter que lorsque ce dernier est malade. Grâce à la méthode de traitement employée de nos jours, la résection du trochanter ne diminue pas les dangers de l'opération, et, d'autre part, elle ne donne pas un résultat fonctionnel meilleur que lorsque cette partie du fémur a pu être conservée. Nous reviendrons, du reste, plus loin, sur notre méthode de traitement du trochanter.

Veut-on réséquer le trochanter, on procède de la manière suivante : à l'aide du bistouri et de la rugine on détache toutes les parties molles, y compris le périoste, de la surface osseuse, de façon à laisser ce dernier en continuité avec les muscles qui s'insèrent en avant et en arrière sur le grand trochanter. L'opération a ainsi tous les caractères d'une résection sous-périostée. Souvent, chez l'enfant, on ne réussit à mettre à nu le trochanter qu'en enlevant la couche superficielle encore cartilagineuse de cette apophyse. Pour la section de l'os, on se sert de la scie de LANGENBECK, d'un ciseau de sculpteur et d'un marteau, ou bien, si l'os est mou, on a recours au bistouri.

Une fois la section de l'os opérée, il s'agit de sortir la tête fémorale de la cavité cotyloïde, ce qui parfois exige certaines manipulations spéciales. Déjà par ses dimensions, elle peut facilement résister aux tentatives habituelles d'extraction au moyen d'un élévatoire. Mais la difficulté

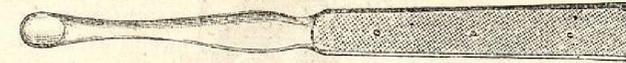


Fig. 43. — Instrument servant à extraire la tête fémorale, après section du col. (D^r VILLEMÉR, 1/4 de la grandeur réelle.)

est encore plus grande lorsque la tête fémorale a contracté des adhérences partielles avec les parois de la cavité cotyloïde. Dans nombre de cas ces adhérences sont tellement étendues, que l'on ne parvient à extraire la tête articulaire que par fragments, à l'aide d'un ciseau. Dans les cas où l'on n'est pas obligé de recourir à ce moyen extrême, on obtient ordinairement le résultat désiré en se servant d'un élévatoire très solide, ayant son extrémité disposée en forme de cuiller. Il sera bon d'avoir également à sa disposition un élévatoire ordinaire d'une grande solidité. On glisse le premier de ces instruments entre la paroi cotyloïdienne et la tête articulaire, et l'on soulève cette dernière par un mouvement de levier, ce qui permet d'introduire le second élévatoire et de dégager la sphère osseuse à l'endroit où elle s'appuie, soit contre le col du fémur, soit contre les parois de l'acétabulum. Des mouvements de rotation imprimés au membre, ou aussi une traction énergique exercée sur la cuisse, facilitent parfois la tâche du chirurgien.

Il s'agit ensuite d'examiner la cavité cotyloïde. Le rebord de cette dernière peut, en effet, présenter des parties cariées ou des fragments nécrosés qui doivent être enlevés. Avant tout on devra songer à extirper les parties nécrosées du fond de l'acétabulum. Le mieux est de commencer par nettoyer les parois de cette cavité au moyen de la cuiller tranchante, et de se servir de cet instrument également pour agrandir, le cas échéant, les orifices de communication avec le bassin. Si la curette ne suffit pas, on a recours au ciseau. L'ablation complète de toutes les parties malades de l'acétabulum est de la plus grande importance pour

le succès de l'opération, surtout dans les cas de coxite tuberculeuse, dût-on même pratiquer de larges ouvertures, mettant en communication la cavité articulaire avec celle du bassin.

J'ai apporté divers modifications au procédé d'incision de LANGENBECK. D'une part, je respecte les insertions des muscles trochantériens par une manœuvre opératoire spéciale intéressant le trochanter, et, d'autre part, aussitôt la tête fémorale enlevée — parfois même plus tôt, afin de pouvoir sortir plus facilement cette dernière — je me facilite

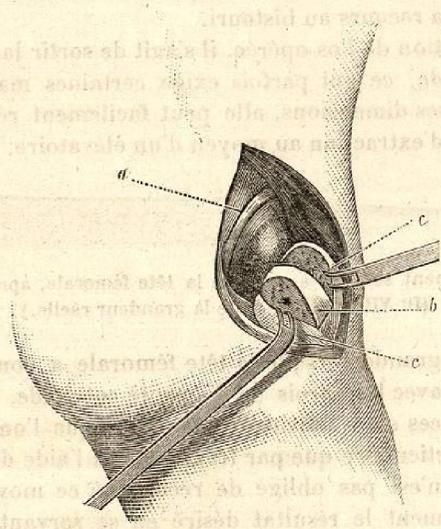


Fig. 44. — Résection de la hanche après séparation, avec le ciseau, de deux lames osseuses portant les insertions musculaires, *cc* sont les deux fragments osseux détachés et renversés en dehors, *b* est le coin osseux qui est enlevé par sa base, à l'aide du ciseau, jusqu'au col fémoral.

l'accès de l'acétabulum en faisant une encoche au rebord osseux de cette cavité.

Jusqu'à l'incision de la capsule, j'opère de la manière indiquée plus haut. Mais ensuite, au lieu de diviser les muscles comme je l'ai décrit précédemment, à l'aide d'un très large ciseau je taille, aux dépens de chacun des bords antérieur et postérieur du trochanter, une lame osseuse que je renverse en dehors, de façon à la briser tout en la laissant en relation avec la diaphyse. A ces deux fragments sont appendues les insertions musculaires (voir fig. 44 cc.)

La partie du trochanter *b* intermédiaire entre les deux lames osseuses, est ensuite enlevée jusqu'au col du fémur, suivant la ligne indiquée par un trait noir dans la figure. Cette manière de procéder permet en même temps de découvrir les foyers morbides que pourrait contenir le trochanter. En outre, l'articulation est ainsi beaucoup plus accessible, et,

si l'on a soin d'introduire profondément dans la plaie les crochets de LANGENBECK, on parvient sans peine à pratiquer, avec la scie, la section du col. Après avoir enlevé la tête du fémur, de la manière décrite plus haut, — et même plus tôt, au besoin, afin d'en faciliter précisément l'extraction — nous abattons, à l'aide du ciseau, une portion du rebord postérieur et supérieur de la cavité cotyloïde, dans une étendue variable, selon les besoins, et suivant la direction indiquée dans la figure. La cavité articulaire devient ainsi beaucoup plus accessible à la vue et au toucher, et le nettoyage peut être pratiqué d'une façon bien plus sûre, soit à l'aide de la gouge ou du ciseau, soit avec une grande et solide curette, surtout si l'on peut faire pénétrer la lumière du jour, de haut en bas, dans la plaie. Le chirurgien devra chercher, avant tout, les parties malades avec beaucoup de soin; il évitera toutefois de blesser le rectum, si l'affection s'étendait à la branche ascendante de l'ischion. Dans le cas d'une perforation du fond de l'acétabulum avec formation d'un abcès iliaque tuberculeux, on ouvrirait ce dernier aussi largement que possible au-dessus du ligament du Poupart, et on le soumettrait à un nettoyage complet. Ce n'est qu'après l'excision de toutes les parties osseuses malades que commence l'ablation de la synoviale tuberculeuse; le mieux est de se servir, dans ce but, de longs et forts ciseaux de Cooper à branches terminées en pointes. On facilite ce temps de l'opération en imprimant au membre des mouvements de rotation, de façon à tourner le col du fémur dans divers sens. On extirpe peu à peu la synoviale, parfois très épaissie, d'abord autour du col, puis, avant de l'avoir enlevée ici complètement, le long du bourrelet cotyloïdien. Assez souvent, on rencontre des culs-de-sac profonds qui exigent l'emploi de la curette; mais l'ablation avec les ciseaux est plus sûre. Une fois l'opération terminée, on lave soigneusement toute la cavité de la plaie avec de l'eau simple, on la désinfecte avec une solution de sublimé (chez les enfants), ou d'acide phénique (chez les adultes), puis, après l'avoir bien essuyée, on la saupoudre et frotte avec de l'iodoforme grossièrement pulvérisé (5 grammes, rarement plus); on introduit ensuite un drain de la grosseur du doigt jusqu'au fond de la cavité cotyloïde, et on le fait sortir au milieu de la plaie, que l'on réunit par des sutures profondes comprenant le périoste des deux lames osseuses conservées du trochanter. Le cas échéant, on désinfecte et draine de la même manière l'abcès intrapelvien. Enfin on recouvre la plaie d'un grand pansement de Lister s'étendant en avant et en arrière du bassin jusqu'au delà de la ligne médiane, et entourant toute la moitié supérieure de la cuisse. Le premier pansement n'est changé qu'au bout de 10 à 15 jours. On enlève alors le tube à drainage et une partie des sutures. Souvent il nous est arrivé de trouver la plaie complètement fermée, lors de l'ablation de ce second pansement.

Lorsque le membre est dans l'extension et l'abduction, ROSER recommande surtout une incision transversale antérieure, dans la direction du col du