

fémur, et il conseille de n'enlever que la tête fémorale, et de respecter le trochanter et les muscles qui s'y insèrent. Il fait à la face antérieure de la cuisse, à la hauteur du trochanter, une incision commençant en dehors de l'artère crurale et du nerf de même nom, et divisant les muscles psoas-iliaque, couturier, droit antérieur et tenseur du fascia lata. La capsule ayant été ensuite incisée également dans la direction de l'axe longitudinal du col, on imprime au membre un mouvement de rotation en dehors, de façon à déterminer la luxation de la tête fémorale; enfin on pratique la section du col, non sans avoir préalablement divisé le ligament rond à l'aide de ciseaux courbes. La section de l'os peut, d'ailleurs, être pratiquée aussi pendant que la tête articulaire est dans la cavité cotyloïde.

Le procédé d'incision de ROSER est parfois celui qui convient le mieux, surtout dans les blessures par armes à feu dans lesquelles les orifices d'entrée et de sortie du projectile siègent l'un et l'autre à la face antérieure du membre. Il en est de même lorsque des orifices fistuleux situés à la face antérieure de l'articulation, conduisent directement sur des os cariés ou nécrosés, car alors l'incision de ROSER permet d'enlever ces derniers, et de procéder à l'ablation des tissus malades au moyen de la curette.

Un procédé d'incision antérieure qui produit des lésions encore moindres, a été décrit récemment par LUECKE et SCHÉDÉ, et, pour notre part, nous l'avons mis en pratique dans plus d'une occasion. Cette incision commence en dehors du nerf crural, un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à environ un centimètre en dedans de cette dernière, et se dirige directement en bas. Par cette incision cutanée on met à nu le bord interne du couturier et le droit antérieur de la cuisse, et l'on arrive dans la profondeur sur le bord externe du psoas-iliaque. La cuisse étant ensuite fléchie et amenée en abduction et rotation en dehors (SCHÉDÉ), on écarte en dehors le couturier et le droit antérieur, et en dedans le psoas-iliaque, et l'on incise la capsule ainsi mise à nu.

Un grand avantage de la résection de la hanche, c'est le peu d'hémorragie qu'entraîne l'opération. Même chez l'adulte, la perte de sang est, dans la règle, insignifiante, et chez les enfants, elle est souvent tout à fait minime, surtout lorsqu'on a soin de lier aussitôt les quelques vaisseaux qui saignent.

Grâce à la méthode antiseptique, la résection de la hanche est bien certainement, dans la plupart des cas, une opération relativement peu dangereuse. Aussi le chirurgien est-il tenu d'observer les règles de l'antisepsie. Un avantage de cette méthode, et ce n'est pas la moindre, c'est que, dans l'application du pansement, on n'a pas à s'inquiéter spécialement de donner au lit une disposition qui facilite l'écoulement des liquides de la plaie.

Autrefois, par contre, la méthode en usage obligeait le chirurgien à s'occuper de l'écoulement du pus. Le mieux est alors de placer sous l'opéré un mate-

las présentant une échancrure, du côté de l'articulation réséquée; le pus s'écoule dans une soucoupe que l'on glisse sous la plaie, dans l'échancrure en question. Une feuille de gutta-percha laminée forme gouttière entre la plaie et le vase sous-jacent. Si l'on se sert de coussins à air ou à eau, ces derniers doivent avoir également une forme échancrée. S'agit-il de malades lourds ou très sensibles, on fera bien de se servir de cadres à suspension permettant de les soulever pour la défécation. Du reste, à notre avis, le pansement antiseptique est toujours applicable, et nous n'admettons aucune exception sous ce rapport. Il est vrai que les plaies qui sécrètent un peu abondamment, ne sont pas dans des conditions bien favorables à l'emploi de ce pansement.

Le meilleur moyen de donner un libre écoulement aux liquides de la plaie, c'est d'établir un orifice de drainage à la fesse. Mais cette manière de faire a un inconvénient, c'est que l'ouverture du drain se trouve située tout près de la limite postérieure du pansement. On a soin, il est vrai, d'appliquer d'abord une couche épaisse de gaze chiffonnée, et d'empêcher que les liquides de la plaie n'arrivent trop rapidement à la surface en ajoutant une bordure de coton au pansement. Mais tout ce que l'on peut faire, c'est d'envelopper une grande partie de la cuisse et du bassin. Il reste toujours un point faible dans le voisinage de l'anus, et il peut arriver que la partie correspondante du pansement soit souillée par les matières fécales ou traversée par la sécrétion de la plaie. Toutefois, depuis que nous employons l'iodoforme de la manière décrite plus haut, nous n'avons, pour ainsi dire, jamais été dans un embarras sérieux. La sécrétion est, en effet, si minime dans ces conditions, qu'au bout de 15 jours on ne trouve dans le pansement que le sang qui s'est écoulé après l'opération. D'autre part, nous n'avons plus à nous inquiéter du fait que le pansement peut être souillé de l'extérieur. Chez les petits enfants et les adultes malpropres nous enveloppons tout le pansement de Lister d'une feuille de gutta-percha. D'ailleurs, même les pansements imprégnés d'urine et de matières fécales, n'ont pas d'inconvénients sérieux pour une plaie que protège l'iodoforme.

En général, pour que le membre ne subisse pas un raccourcissement par trop considérable, et conserve un bon état fonctionnel, la meilleure méthode de traitement consécutif consiste dans l'extension par des poids. Le trochanter se trouve ainsi attiré en bas, ce qui facilite l'écoulement des liquides hors de la cavité cotyloïde; en outre, le membre du côté de la résection se met en abduction si l'on ne fait pas de contre-extension, ou que l'on opère cette dernière du côté sain. On assure ainsi la sortie des liquides, et l'on empêche que le membre opéré ne se porte dans l'adduction, c'est-à-dire dans une attitude qui a régulièrement pour conséquence d'ajouter un raccourcissement apparent au raccourcissement réel. Les garanties sont beaucoup moindres à l'un et l'autre point de vue, lorsqu'on met le malade dans une gouttière en fil de fer ou dans un appareil plâtré. Le trochanter tend alors à pénétrer dans la cavité cotyloïde;

il met obstacle à l'écoulement des liquides, détermine des douleurs par pression, etc.

Lorsqu'on combine l'extension avec l'application d'un grand pansement de Lister qui, par lui-même, est déjà immobilisateur, il n'est presque jamais nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens de fixation, même chez des malades très sensibles. Par contre, avec l'ancien mode de traitement à ciel ouvert, on était parfois obligé d'appliquer un appareil plâtré.

Le renouvellement du pansement de Lister exige certaines précautions particulières. S'agit-il d'un adulte, on le place sur le cadre à suspension décrit plus haut, ou bien on glisse sous son dos une banquette, tandis que des aides sont chargés de maintenir les extrémités (VOLKMANN). Chez les enfants on procède de la manière suivante : un aide tient dans ses bras le petit malade, dont il appuie sur son genou la région pelvienne, tandis que le pied repose sur une chaise. Un second aide est chargé de maintenir les membres inférieurs dans l'extension (VOLKMANN).

Pour ma part, lorsque j'ai à renouveler un pansement de Lister de la région pelvienne à la suite de la résection ou d'autres opérations, je place le malade dans le décubitus latéral sur le côté sain, et je donne un point d'appui fixe à la région trochantérienne du même côté, ou bien je fais soutenir, par les mains des aides, la hanche et toute l'extrémité inférieure saine. Quant à la partie supérieure du tronc, elle repose sur le lit, et il en est de même de l'épaule et de la tête. De même, pour le transport, je fais coucher le malade sur le côté sain. J'élimine ainsi presque complètement la douleur due à la flexion de la hanche, qui se produit si facilement lorsqu'on transporte ou panse le malade dans le décubitus dorsal. D'autre part, le pansement est ainsi beaucoup plus facile à appliquer grâce à l'absence de flexion de l'articulation coxo-fémorale.

Dans la règle, nous permettons à l'opéré de se lever déjà de bonne heure, soit environ $5 \frac{1}{2}$ à 6 semaines après la résection, et nous le faisons alors marcher avec des béquilles, ce qui favorise l'abduction du membre. *Nous n'hésitons pas à déconseiller l'appareil de TAYLOR*, à cause de l'attitude d'adduction et du raccourcissement qui en sont volontiers la conséquence. Pendant la nuit on continue à pratiquer l'extension à l'aide des poids, et l'on y a même recours de nouveau le jour pendant quelque temps si l'on constate, à l'examen du malade, que l'abduction tend à diminuer.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer qu'à la suite de la résection de la hanche pour arthrite tuberculeuse, on est assez souvent obligé, plus tard, de revenir plusieurs fois à l'emploi énergique de la curette tranchante.

§ 59. — Pour terminer, je reviens encore une fois sur la question du **résultat fonctionnel** de la résection. Rappelons tout d'abord ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, à savoir qu'en règle générale, l'état

fonctionnel laisse fort peu à désirer, lorsqu'on a opéré sur un membre qui n'était pas affecté d'un très haut degré de contracture ni d'un raccourcissement par trop considérable. Les malades font de longues marches sans canne, et, dans presque tous les cas, — du moins chez nos opérés, — il se forme, dans ces conditions, une articulation mobile. Le plus souvent, chez l'adulte, on arrive à corriger complètement, ou tout au moins en grande partie, le raccourcissement en maintenant le membre dans l'abduction (extension à l'aide des poids). La question du raccourcissement se pose différemment lorsqu'il s'agit d'un enfant. Nous avons déjà dit plus haut que l'arrêt d'accroissement à la suite de l'ablation du cartilage épiphysaire supérieur du fémur, n'est que le quart de celui qui se produit à la suite de la résection du genou dans laquelle on a dû enlever les cartilages de conjugaison du fémur et du tibia. Par conséquent, à moins que l'on n'ait affaire à un enfant très jeune, on ne court pas à un haut degré le risque de voir le membre opéré devenir inutile par suite d'un raccourcissement considérable consécutif à l'ablation de l'épiphyse supérieure du fémur. Qu'on n'oublie pas cependant qu'une atrophie très notable de l'extrémité inférieure est parfois la conséquence d'une affection de la hanche de longue durée. Le raccourcissement dû à l'inactivité fonctionnelle, s'ajoute à celui qui succède à l'ablation du cartilage de conjugaison. On sait, d'ailleurs, que les membres présentant un trouble d'accroissement par suite d'une attitude vicieuse existant depuis longtemps, sont précisément ceux que, malgré toute la peine que l'on se donne, on ne parvient pas à maintenir d'une façon durable dans une bonne position après l'opération. On comprend, dès lors, que dans nombre de cas graves, le membre opéré reste court et atrophié, en dépit des efforts du chirurgien.

2. Désarticulation de la hanche.

§ 60. — Pour des raisons faciles à comprendre, la **mortalité**, à la suite de cette opération, est très élevée; c'est pourquoi il convient d'en restreindre autant que possible les indications. Ces dernières sont habituellement fournies par des lésions traumatiques étendues de l'extrémité inférieure dues à une violence agissant dans le sens d'un écrasement, d'une destruction des tissus, par des blessures graves de l'articulation de la hanche, et enfin par des tumeurs de la cuisse qui remontent trop haut vers le bassin pour que l'amputation soit encore possible. Beaucoup plus rarement, la désarticulation est indiquée dans les processus inflammatoires chroniques ayant pour point de départ l'articulation coxo-fémorale, et tout aussi rarement dans les arthrites aiguës suppurées de la hanche, par exemple, dans celles qui sont compliquées d'ostéomyélite. D'après les différentes statistiques de GÜNTHER, VOLCKNER, PELIKAN, le chiffre de la mortalité est de 56 à 77 pour 100.