

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 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.

Les statistiques plus récentes donnent un chiffre de mortalité moins élevé, et, à en juger d'après celles de PELIKAN, ce sont les désarticulations pratiquées dans les affections chroniques de la hanche qui donnent les résultats relativement les plus favorables (55,5 : 100 de mortalité). VOLKMANN fait remarquer, avec raison, que précisément pour l'articulation coxo-fémorale, les statistiques basées sur les observations publiées, sont entachées d'une cause d'erreur qui demande à être prise en sérieuse considération ; en effet, les cas de guérison sont certainement livrés à la publicité bien plus volontiers que ceux qui se sont terminés par la mort de l'opéré. Par conséquent, on est parfaitement en droit d'admettre, comme se rapprochant de la réalité, les chiffres les plus défavorables. Les désarticulations pratiquées en temps de guerre sont celles qui donnent les plus mauvais résultats. Presque tous les opérés sont morts (voir blessures de la hanche par armes à feu). Tout dernièrement a paru un travail de LÜNING, basé sur 486 cas avec 70 0/0 de mortalité. Pour les blessures par armes à feu (239 cas), la mortalité s'est élevée à 88 0/0 ; les résultats ont été surtout très mauvais chez les opérés à la période inflammatoire, tandis qu'ils ont été plus favorables, à la suite des désarticulations secondaires pratiquées tardivement.

Un nombre relativement considérable d'opérés succombent de bonne heure aux conséquences directes de l'intervention chirurgicale. Sur les 89 morts de la statistique de VÖLCKNER, 29 ont succombé pendant les 24 heures qui ont suivi l'opération, et certainement, chez le plus grand nombre d'entre eux, c'est la grande perte de sang qui a été la cause de la terminaison fatale. De son côté LÜNING, sur 239 désarticulations, a trouvé que 70 0/0 des opérés ont succombé dans les cinq premiers jours. On comprend dès lors que les chirurgiens qui ont imaginé les différents procédés de désarticulation, soient toujours partis de l'idée de réduire l'hémorragie à un minimum. La méthode qui, jusque dans ces dernières années, pouvait être considérée comme la plus usitée, avait été conçue dans l'idée de terminer l'opération le plus rapidement possible. Elle consiste à tailler par transfixion un lambeau antérieur qu'un aide saisit aussitôt, en comprimant en même temps les gros vaisseaux qu'il contient.

Le procédé conseillé par MANEC-BAUDENS, V. LANGENBECK, LINHART, etc. consiste à tailler d'abord, par transfixion, un lambeau antérieur à l'aide d'un couteau très long et pointu. On plonge la lame de l'instrument au milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure au trochanter, le tranchant dirigé en bas contre la face antérieure de l'articulation, de façon à entamer déjà, si possible, la capsule articulaire, et on la fait sortir au-dessous du scrotum, qu'un aide maintient soulevé, c'est-à-dire à la partie antérieure du pli périnéo-crural. Imprimant ensuite au couteau des mouvements de scie étendus, on taille un lambeau de peau et de muscles long d'environ 12 à 15 centim. et ne se terminant pas en pointe. L'aide renverse alors rapidement le lambeau de bas en haut, et comprime l'artère et la veine fémorales. Pendant ce temps, l'opérateur ouvre l'articulation, sans changer d'instrument, ou mieux, s'il ne se

sent pas suffisamment exercé, à l'aide d'un bistouri plus court, avec lequel il peut agir avec plus de rapidité. Par une incision dirigée perpendiculairement sur la tête fémorale, il divise la capsule, et aussitôt après le ligament rond, pendant qu'un aide fait saillir la tête articulaire, en imprimant au membre un mouvement d'hyperextension et de rotation en dehors. La tête du fémur étant alors luxée, on divise l'insertion postérieure de la capsule et les muscles qui s'insèrent sur le grand trochanter. A l'aide du long couteau introduit derrière la tête articulaire et le trochanter, on taille un court lambeau postérieur, au niveau du pli fessier ou un peu plus bas, en imprimant quelques mouvements de va-et-vient à la lame de l'instrument.

C'est dans cette opération surtout que l'habileté du chirurgien peut se montrer dans tout son éclat. La désarticulation doit être terminée autant que possible en une demi-minute, et les ligatures doivent être exécutées rapidement. Certainement c'est cette méthode qui prévalait, et à bon droit, à une époque où, en l'absence de l'anesthésiation par le chloroforme, on attachait la plus grande importance à la rapidité d'exécution de l'opération. Mais, de nos jours, nous avons plus ou moins perdu l'habitude de juger la valeur d'un chirurgien d'après le temps qu'il met à terminer l'opération ; aussi pensons-nous qu'en général, déjà au point de vue de l'hémorragie, il vaut mieux, pour le malade, renoncer à un procédé dans lequel le succès dépend entièrement de l'adresse de l'opérateur. Sous ce rapport, la méthode rapide a beaucoup perdu de sa valeur ; mais elle a encore un autre inconvénient, c'est que l'on crée ainsi une plaie extrêmement étendue, et que le lambeau qui la recouvre est doublé d'une couche de muscles d'une très grande épaisseur.

TRENDELENBURG a cherché à diminuer le danger d'hémorragie en procédant de la manière suivante : directement au-dessus et tout près des points d'entrée et de sortie de la lame du couteau, et parallèlement à cette dernière, il passe à travers la cuisse, à la base du futur lambeau antérieur, une tige d'acier longue et étroite, munie d'une pointe que l'on peut enlever à volonté ; avec un tube en caoutchouc il décrit ensuite des huit de chiffre autour des deux extrémités de cette tige, de façon à exercer une forte constriction des parties molles correspondantes. Il taille alors le lambeau, lie les vaisseaux, enlève le tube et ouvre l'articulation. Avant de tailler le lambeau postérieur, il assure de la même manière l'hémostase provisoire de ce dernier, c'est-à-dire qu'il enfonce à travers la base du lambeau cette même tige d'acier, et opère de nouveau la constriction, à l'aide du tube élastique.

Dans ces dernières années les chirurgiens se sont surtout ingéniés à trouver des méthodes opératoires offrant plus de garanties, au point de vue de l'hémostase provisoire, et permettant de restreindre à un minimum la perte de sang dans le cours de l'opération. Indépendamment du procédé d'incision, on a conseillé la compression de l'aorte, surtout en Amérique et en Angleterre (LISTER, ERICHSEN, SYME etc.). La compression digitale n'est possible ici que dans des circonstances particulières.