

tané qui varie suivant l'état des téguments, puis on opère la section des muscles, à trois travers de doigt au-dessous de l'aîne, on met à nu le fémur jusqu'à sa partie moyenne, et on le scie à ce niveau. On lie ensuite avec soin les vaisseaux, pendant que le tube est en place, puis après qu'il a été enlevé. Lorsque tout écoulement sanguin a cessé, on extirpe le bout supérieur de l'os par la méthode sous-périostée. La capsule est laissée dans la plaie; on se contente d'inciser la zone orbiculaire du ligament capsulaire, et de pratiquer une encoche dans le bourrelet cotyloïdien. On peut alors attirer la tête fémorale hors de sa cavité et diviser le ligament rond. Même dans les cas où l'amputation préalable a été pratiquée suivant la méthode circulaire, on peut mener à bien l'opération sans faire d'incision latérale; d'autre part, lorsqu'on s'est servi de la méthode à lambeau, le trochanter se trouve déjà plus ou moins à découvert dans la plupart des cas. Néanmoins, il n'y a aucun inconvénient, semble-t-il, à mettre à nu le trochanter par une incision latérale s'étendant en bas jusqu'au bord libre du lambeau; on est d'autant plus autorisé à le faire, qu'une fois le décollement terminé, la peau correspondant à cette apophyse se trouve être très mince, et doit être d'ailleurs incisée pour l'introduction d'un drain jusque dans la cavité cotyloïde.

Dans ces derniers temps, LUNING a conseillé la méthode suivante, que ROSE a mise en pratique plusieurs fois.

Cette méthode consiste à diviser les parties molles, couche par couche, de la surface à la profondeur à l'aide d'un bistouri ordinaire, de façon à former un lambeau antérieur d'étendue modérée; les vaisseaux qui donnent du sang sont liés aussi bien du côté périphérique que du côté central, et l'on divise entre deux ligatures l'artère et la veine fémorales communes, comme aussi la fémorale profonde. Après avoir terminé le lambeau antérieur, on taille de la même manière un lambeau postérieur. Dans la profondeur on ne divise chaque muscle qu'après l'avoir fait comprimer en haut et en bas entre les doigts d'un aide. Puis vient l'incision de la capsule etc. VERNEUIL a également opéré suivant ce procédé.

III. AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA CUISSE

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES.

1. Fractures du fémur.

§ 61. — Les fractures du fémur sont assez fréquentes. Elles représentent un huitième environ de toutes les fractures du squelette. Celles de la diaphyse sont près de deux fois plus fréquentes que celles du col, et tandis que ces dernières se produisent tout particulièrement chez les personnes âgées, les fractures de la diaphyse s'observent à tous les âges et sont particulièrement fréquentes dans la première enfance.

Au point de vue étiologique, on distingue les fractures par **causes directes** et celles qui sont dues à des **causes indirectes**; les premières sont certaine-

ment plus fréquentes que les secondes. Cependant les fractures élevées surtout, sont assez souvent déterminées par une violence traumatique indirecte, telle qu'une chute sur les pieds. On a aussi mis en cause la traction exercée par les muscles. L'action musculaire joue évidemment un rôle dans maintes fractures du tiers moyen de la diaphyse. RAVOTH a publié plusieurs cas de fractures de ce genre observées chez des individus qui, jouant aux quilles, s'étaient jetés en avant en lançant la boule, et qui, pendant qu'ils suivaient des yeux cette dernière, avaient cherché à se maintenir un instant en équilibre sur l'un des pieds étendu, tandis que le genou et la hanche étaient fléchis. Je possède également une observation de ce genre.

Il importe, au point de vue pratique, de diviser les fractures du fémur en trois catégories suivant qu'elles siègent au tiers supérieur, au tiers moyen ou au tiers inférieur de l'os.

Celles du **tiers supérieur** sont le plus souvent des fractures obliques dans lesquelles la solution de continuité est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Le fragment supérieur a une grande tendance au déplacement en dehors. Lorsque la fracture siège à un niveau élevé, et que les muscles de la cuisse sont très développés, ce déplacement, comme le fait remarquer ROSSER à juste titre, passe parfois inaperçu à cause de l'angle que forme le col du fémur avec la diaphyse. Cependant il n'échappera guère à un observateur attentif, d'autant moins que le raccourcissement du membre est presque toujours considérable. En outre, dans beaucoup de cas, ce même fragment supérieur est aussi déplacé en avant. C'est à tort certainement que MALGAIGNE considère comme très rare ce déplacement qui a été admis par BOYER, A. COOPER et d'autres chirurgiens, et qui donne parfois aux fractures en question une forme caractéristique.

Les **fractures du tiers moyen** sont aussi, en général, plus ou moins obliques, et affectent le plus souvent la même direction que celles du tiers supérieur. L'obliquité de la ligne de fracture est parfois très prononcée. La solution de continuité siège dans la majorité des cas, et en particulier chez les enfants, un peu plus près du tiers inférieur que du tiers supérieur de la diaphyse. On observe, du reste, assez souvent à ce même niveau des fractures transversales, et, surtout chez les individus rachitiques, les fractures incomplètes ne sont pas rares, la substance corticale de l'os restant intacte du côté de la concavité de la courbure. Parfois aussi, même chez des enfants jouissant d'une bonne santé, le périoste a résisté à la cause traumatique et empêche le déplacement, ou bien, dans les cas de fracture transversale, la continuité de l'os se trouve en quelque sorte maintenue par l'engrènement des fragments. Quant aux fractures obliques, elles présentent une assez grande tendance au déplacement. Le plus souvent le fragment supérieur a fui en dehors, très rarement en dedans. Lorsque le trait de fracture est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, on sent le plus souvent la saillie du fragment supérieur à la face externe de la cuisse. En outre, ce dernier est venu, en général, se placer en avant du fragment inférieur, lequel a subi, dans beaucoup de cas, une rotation autour de son axe longitudinal, de façon que la pointe du pied se trouve dirigée en dehors.

Au tiers moyen de la diaphyse on observe aussi, assez souvent, des fractures multiples et comminutives, avec déplacement irrégulier des fragments; mais, ici encore, le fragment supérieur a une tendance à fuir en dehors.

Au tiers inférieur de la diaphyse l'obliquité de la fracture est rarement aussi prononcée qu'au tiers moyen et au tiers supérieur. En effet, on observe ici assez souvent des *fractures transversales*. Le plus ordinairement, la solution de continuité est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. La tendance du fragment supérieur à se déplacer en dehors est d'autant moins marquée que la fracture siège plus bas. Dans la règle, ce fragment se porte au devant du fragment inférieur, lequel s'élève le long de la face postérieure du premier; cependant on voit aussi parfois le déplacement se produire en sens inverse. Mais les cas de ce genre sont évidemment rares. LAUENSTEIN qui en a publié une observation, croit que cette forme de déplacement est due à une chute sur le membre déjà atteint de fracture et non, comme le veut BOYER, à une contraction musculaire. Quant aux fractures articulaires proprement dites, elles seront étudiées plus loin.

§ 62. Les **phénomènes cliniques** des fractures du fémur consistent essentiellement dans l'*altération de forme* due au déplacement des fragments. Nous avons fait dessiner trois fractures de ce genre consolidées en position vicieuse suivant la direction indiquée plus haut (fig. a, b, c). Les fragments déplacés forment une saillie en dehors, ou en avant et en dehors, dans les fractures du tiers supérieur, en avant et en arrière dans celles qui siègent près de l'articulation du genou. En outre, on devra porter son attention sur la rotation du pied en dehors qui existe dans la plupart des cas.

Un autre signe de fracture également très important, c'est le *raccourcissement* du membre, qui varie suivant l'étendue du déplacement, le chevauchement ou l'entre-croisement des fragments, et peut atteindre jusqu'à 12 centimètres et même davantage. On détermine le degré du raccourcissement suivant les règles que nous avons fait connaître ailleurs (§ 21). On peut, en général, provoquer la *crépitation*, mais il est inutile et même nuisible de chercher à l'obtenir à tout prix. Lorsqu'il n'existe pas de déplacement comme c'est parfois le cas, nous l'avons vu, chez les enfants, et que l'on constate seulement une douleur localisée à la pression et du gonflement, il suffit souvent d'imprimer un mouvement de latéralité au membre, en le saisissant par la jambe, pour voir apparaître la déformation et s'assurer ainsi que le fémur a subi une solution de continuité. C'est tout au plus si l'on rencontre des difficultés de diagnostic dans les fractures du tiers supérieur chez les enfants, et dans celles du tiers inférieur qui ne s'accompagnent que d'un très léger déplacement. Dans les fractures du tiers supérieur un examen attentif permettra toujours de reconnaître le déplacement et le raccourcissement, tandis que pour celles de la partie inférieure de l'os, le diagnostic se basera sur le gonflement, l'impuissance du membre, et souvent aussi sur la possibilité de produire une déformation de la région correspondante de la cuisse. Ces dernières fractures s'accompagnent généralement d'un *épanchement sanguin* plus ou moins considérable dans l'articulation du genou, complication qui, du

reste, n'est pas rare non plus dans les fractures intéressant une partie plus élevée du fémur. En outre, il se produit volontiers un *épanchement secondaire*, surtout lorsque la fracture siège au-dessous de la partie moyenne du fémur.

Il est rare que le pronostic des fractures sous-cutanées du fémur soit aggravé par des lésions importantes des parties molles. Cependant on

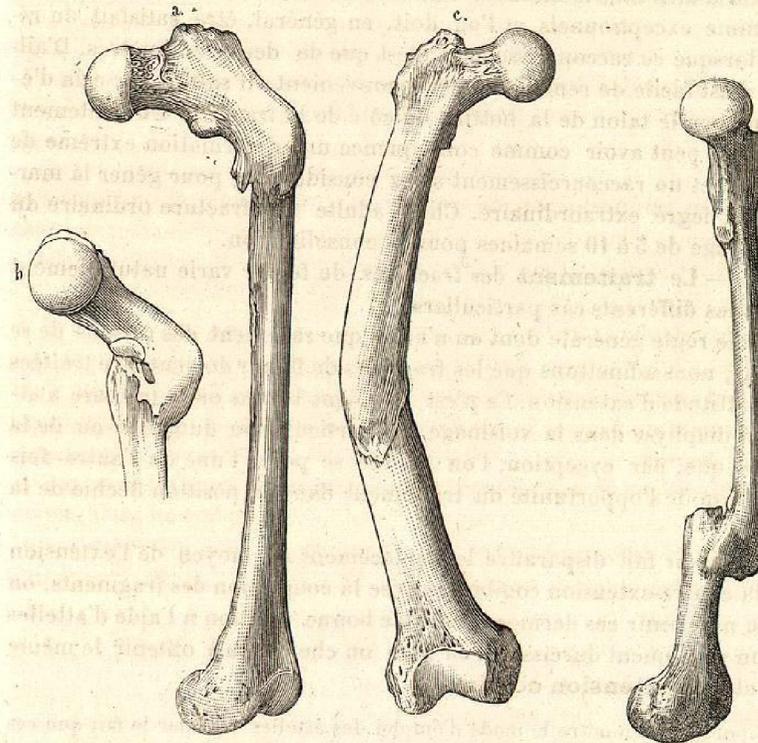


Fig. 46. — a Fracture du fémur au tiers supérieur guérie en abduction et flexion du fragment supérieur, et rotation en dehors du fragment inférieur. (Vue de face.) b. Une autre fracture au même niveau, vue de côté (flexion). La figure c représente une fracture du tiers moyen avec déplacement en dehors. (Vue de face.) Fig. 47. — Fracture du fémur, au tiers inférieur, vue de côté. Le fragment supérieur est déplacé en avant.

possède des observations de déchirure des gros vaisseaux, et, pour ma part, j'ai vu un malade succomber à une hémorragie provenant de l'artère fémorale déchirée. On a observé également des lésions des nerfs. Dans un cas de fracture du genou, LAUENSTEIN constata que le fragment inférieur faisait saillie dans le creux poplité, et avait perforé le nerf sciatique poplité externe. A l'aide du ciseau il dégagait le nerf et obtint ainsi une amélioration considérable des symptômes de paralysie. Les cas de mort par embolie graisseuse du poumon sont assez fréquents, surtout chez les individus dont le cœur est affaibli.