

étaient complètement guéries, et le petit opéré marchait sans canne, en boitant un peu. Les mouvements de la nouvelle articulation étaient fort libres.

Nous avons vu à Würzburg (1850) un opéré de Textor, qui marchait assez bien en s'appuyant sur son membre. Il avait guéri, malgré l'altération concomitante de la cavité cotyloïde et un abcès de la fosse iliaque interne.

Nous fûmes moins heureux en 1858 chez un soldat atteint de carie de l'articulation coxo-fémorale. Il fallut diviser le fémur au-dessous du petit trochanter et évider le corps de l'os à une grande profondeur, pour enlever toutes les parties malades sans trop raccourcir le membre. L'opéré succomba au bout de dix mois à une suppuration intra-pelvienne.

Nous obtîmes un succès complet en 1865 sur un enfant de dix ans, atteint de coxalgie. Nous circonscrivîmes avec le bistouri le sommet du grand trochanter. La peau fut relevée, et une seconde incision servit à couper les insertions musculaires et à ouvrir l'articulation. Nous fîmes la section du col fémoral avec une scie à guichet, portée dans la jointure, en ménageant la presque totalité des insertions du ligament capsulaire. Le ligament rond n'existait plus et toute la surface sphérique et articulaire était à nu et cariée, ainsi que le fond de la cavité cotyloïde, qui fut ruginée. Après qu'on eut extrait la tête du fémur, l'articulation parut remplie d'épaisses fongosités et de pus. L'opération avait été très-facile et aucune ligature ne fut nécessaire. L'enfant, immédiatement délivré de toute douleur, fut pansé avec un simple linge cératé placé sur la plaie. Un tube volumineux de caoutchouc servit à l'écoulement du pus et à des injections aromatiques répétées plusieurs fois chaque jour; aucun appareil de contention ne fut employé. L'enfant guérit parfaitement, en conservant la presque totalité des mouvements de la cuisse, et il m'a écrit deux années plus tard qu'il allait à l'école et continuait à se bien porter.

Sur soixante et onze cas, rassemblés par M. O. Heyfelder, on comptait autant de morts que de guérisons, et cinq terminaisons inconnues. Fock (de Magdebourg) sur six opérations, obtint trois succès. M. Langenbeck, quatre sur douze (*Arch. für Chirurg. v. Langenb.*, 1862).

M. Syme (d'Édimbourg) a cependant soutenu, avec l'approbation d'un grand nombre de confrères, que cette opération n'avait pas sauvé un seul malade atteint de carie coxo-fémorale et que les cas cités de guérison avaient eu lieu malgré la résection, qui n'avait servi qu'à aggraver la position des malades. Nous ne partageons pas cette opinion, et sans vouloir exagérer les avantages d'une opération

si grave, nous sommes cependant convaincu, par les faits que nous avons signalés et observés, qu'il convient d'admettre la résection de la tête du fémur parmi les ressources de la chirurgie. Rien n'empêche de porter le fer rouge sur les portions cariées de la cavité cotyloïde, et si le sujet est sain, sans cachexie éminemment scrofuleuse, et s'il est condamné à succomber aux progrès de son affection, la résection est parfaitement indiquée.

*Procédés opératoires.* White pratiquait sur l'articulation une simple incision longitudinale, commencée un peu plus bas que le niveau de la crête iliaque et continuée jusqu'à 0<sup>m</sup>,08 au-dessous du grand trochanter; les lèvres de la plaie écartées, on devait détacher les insertions musculaires et ligamenteuses, luxer la cuisse et terminer par la section de l'os.

Seutin imita la première incision de White, et la transforma en incision cruciale, en fendant transversalement les téguments dans l'étendue de 0<sup>m</sup>,08, en avant et en arrière du grand trochanter. Extraction d'une quinzaine d'esquilles et résection totale de 0<sup>m</sup>,18 de la hauteur du fémur. Point d'hémorrhagie. Gangrène du membre. Mort le quatrième jour.

Rossi veut que l'on fasse tomber au niveau du grand trochanter une seule incision horizontale postérieure sur la première incision de White.

Roux préfère un lambeau quadrilatère formé sur le côté externe de l'article.

Jæger taillait un lambeau triangulaire à base inférieure et en renversait le sommet de haut en bas, pour découvrir l'articulation.

Velpeau conseille un large lambeau semi-lunaire à convexité inférieure, étendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion. Nous croyons avantageux, lorsque les parties molles sont peu altérées, de rendre l'incision moins longue, et de la borner, pour ainsi dire, à l'épaisseur du trochanter; l'opération, exécutée de cette manière, donne un fort bon résultat. La peau relevée, on coupe l'insertion des muscles petit et moyen fessiers, jumeaux, pyramidal, obturateurs, au grand trochanter; on incise le ligament capsulaire, en suivant le rebord cotyloïdien; on porte le membre dans l'adduction pour diviser le ligament rond, et, la désarticulation achevée, on passe une lamelle de bois derrière la portion d'os que l'on a dénudée et on l'abat d'un trait de scie.



Fig. 344.