

Fig. 1036.

Arthrotomie du poignet. Incision dorsale externe de E. Bœckel.



Fig. 1037.

Incision dorsale interne d'Ollier.

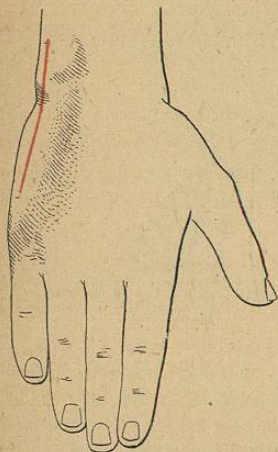


Fig. 1038. — Résection du poignet par voie cubitale. Procédé de Morestin. Incision.

chiales, sont ordinairement exécutées à l'aide de l'incision classique dorsale externe de E. Bœckel (fig. 1036), aidée s'il est nécessaire par l'incision dorsale interne d'Ollier (fig. 1037). Nous avons dit que nous ne décrivions pas ces procédés classiques.

Les os carpiens malades et friables sont enlevés à la rugine, à la curette, sauf ordinairement le pisiforme et le trapèze non atteints et profondément situés. Il est bon ensuite de ne pas fermer la plaie cutanée, mais de tamponner à la gaze, et de laisser fermer secondairement avec aide de chlorure de zinc ou de teinture d'iode.

MORESTIN¹ préconise au contraire l'incision unique cubitale. L'incision des parties molles suit le bord osseux de l'extrémité inférieure du cubitus, à 3 centimètres au-dessus du pli de flexion du poignet, sous le tendon de cubital antérieur, puis le bord carpien derrière le pisiforme, enfin la base du 5^e métacarpien jusqu'à la moitié de cet os (fig. 1038). On coupe d'emblée, sans aucun danger, jusqu'aux os, et on isole à la rugine, en avant et en arrière, les masses tendineuses que l'on tient écartées.

Le carpe est ensuite enlevé pièce à pièce, avec la rugine et le davier si les os sont encore résistants, avec la curette et la rugine le plus souvent.

On peut par la même incision, s'il cela est nécessaire, faire sortir les os de l'avant-bras pour les réséquer, comme dans le procédé classique.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Le seul procédé suffisant, lorsque la rétraction est un peu développée, est l'excision suivie d'une autoplastie.

L'excision doit être complète et large, comprenant la peau et toute la portion indurée et rétractée de l'aponévrose palmaire. La plaie allongée qui en résulte est comblée par un lambeau d'autoplastie italienne, taillé à la partie inférieure du thorax et appliqué selon les règles habituelles².

Le lambeau doit avoir une base large correspondant au bord cubital de la plaie palmaire. Le pédicule est coupé du douzième au quinzième jour, et régularisé, puis suturé au reste de la plaie avivée à nouveau (fig. 1039).

Syndactylie congénitale. — *Procédé de Didot* (de Liège). — Pour une syndactylie de deux doigts (fig. 1040), on taille un lambeau palmaire et un lambeau dorsal identiques, mais gardant leur attache en sens inverse de façon à pivoter

¹ MORESTIN. *Revue d'orthopédie*, 1902, n° 3, p. 177.

² Voy. p. 47, t. I.

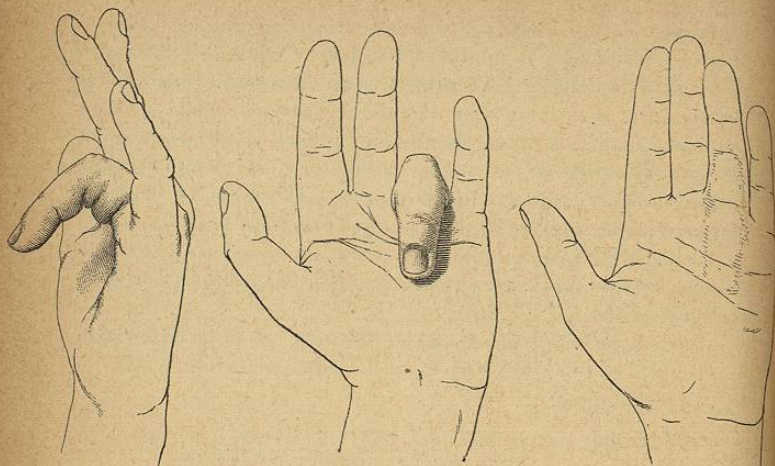


Fig. 1039.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. Restauration par un lambeau d'autoplastie italienne. Résultat après cicatrisation complète (d'après photographies).

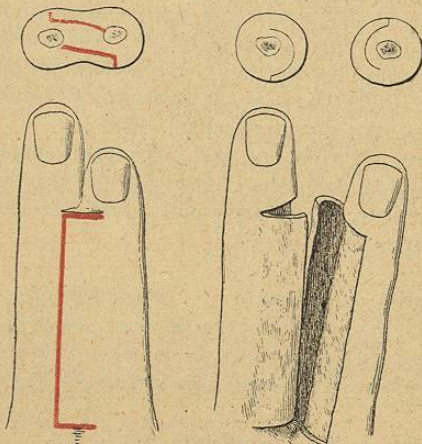


Fig. 1040. — Syndactylie. Procédé de Didot.

chacun autour d'un doigt différent, et de l'envelopper autant qu'il est possible.

Chaque lambeau est limité par une incision longitudinale, située sur la ligne médiane du doigt opposé au point d'attache, et par deux incisions transversales menées aux deux extrémités de la première, et aux limites de la membrane unissante (fig. 1040).

Chaque lambeau enveloppant le doigt correspondant est suturé. Quelques fils assurent la formation de la commissure.

Pour *trois doigts* le procédé est semblable, le doigt du milieu est enveloppé par deux lambeaux palmaires pris sur les deux doigts voisins, chacun de ceux-ci étant entouré de la moitié de la peau dorsale du doigt du milieu et de la membrane unissante.

Modification de Forgue¹. — Les lambeaux sont souvent un peu trop courts pour envelopper complètement le doigt. Pour

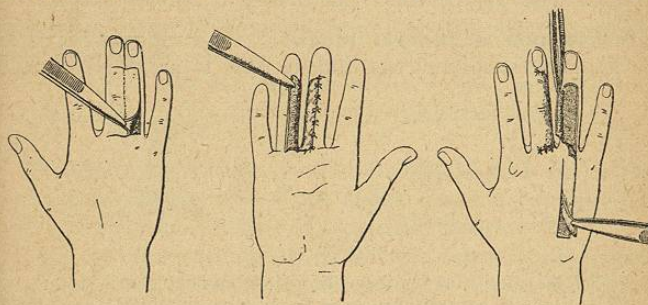


Fig. 1041.

Syndactylie. Procédé de Forgue.

remédier à ce défaut, FORGUE procède de la façon suivante : (fig. 1041) :

On dissèque un large lambeau dorsal selon le mode de DIDOT, mais comprenant presque toute la peau dorsale du doigt auquel ne tient pas le lambeau.

Le lambeau palmaire, aussi long que le dorsal, est moins large.

¹ FORGUE in JEANBRAU. *Revue d'orthopédie*, 1901, n° 1, p. 30.

Le lambeau dorsal enveloppe complètement le doigt auquel il correspond et est suturé complètement.

Le lambeau palmaire ne recouvre qu'incomplètement la surface cruentée de l'autre doigt. Pour compléter le revêtement de ce dernier, on taille sur le dos de la main une bande de peau suffisamment étendue pour que, après rétraction, elle recouvre toute la plaie. Le lambeau, que l'on dissèque du poignet vers la racine des doigts, a sa base à environ un centimètre et demi en arrière de l'angle interdigital.

On fait pivoter ce lambeau autour de son pédicule, selon la méthode indienne, et on l'applique sur la surface à recouvrir, pour l'y suturer.

La plaie du dos de la main est fermée par des sutures.

Le dixième jour on coupe le pédicule du lambeau de la main, et on régularise cette cicatrice.

Modification de Robert Picqué¹. — La restauration de la commissure est souvent très difficile dans le procédé de Didot

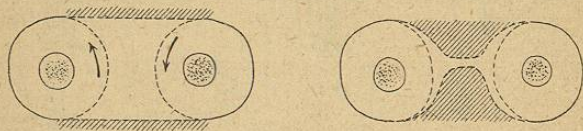


Fig. 1042.

Schémas montrant la disposition des lambeaux au niveau de la commissure dans le procédé de Didot.

type, par suite de l'écartement des bords dorsal et palmaire de la plaie à ce niveau (fig. 1042).

R. PICQUÉ propose, pour faire une commissure, la modification suivante : on taille le lambeau comme l'indique DIDOT, mais en supprimant le débridement transversal supérieur (celui de la racine des doigts) du lambeau dorsal.

« De la sorte, au moment du pivotement de ce lambeau, alors que les trois quarts inférieurs (la main considérée pendante) de

¹ ROBERT PICQUÉ. *Revue d'orthopédie*, 1903, n° 1, p. 44.

son bord libre longitudinal viendront s'affronter à la partie correspondante de l'incision palmaire longitudinale du doigt voisin, le quart supérieur au contraire, se trouvant maintenu en haut sur la face dorsale du doigt d'emprunt, sera contraint de traverser obliquement et en pont l'espace interdigital (fig. 1043).»

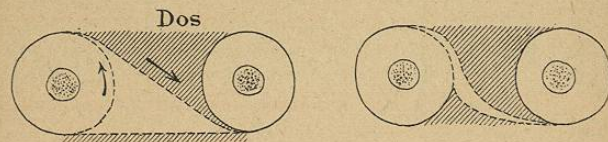


Fig. 1043.

Schémas montrant la disposition des lambeaux au niveau de la commissure dans le procédé de Didot modifié par R. Picqué.

On suturera ce lambeau au bord supérieur du lambeau palmaire pivoté, et à la lèvre supérieure du débridement transversal supérieur. La ligne de suture traverse obliquement l'espace interdigital.

L'oblitération de la commissure doit se faire aux dépens du lambeau dorsal plus élastique que le lambeau palmaire.

Procédé de Félizet. — On obtient d'abord dans un premier temps la formation d'une bonne commissure ; puis, dans un deuxième temps éloigné, on sépare les doigts.

La commissure est obtenue de la façon suivante : on dissèque deux lambeaux trapézoïdaux, l'un palmaire à base métacarpo-phalangienne, l'autre dorsal à base phalango-phalangienne (fig. 1044), tous deux aussi bien étoffés que possible.

On détruit les quelques tractus qui restent dans l'espace interdigital, et on renverse les deux lambeaux autour de leur base, le dorsal en bas, vers la membrane interdigitale, le palmaire en haut, sur la commissure. On les suture à la peau environnante.

On crée ainsi un canal cutané que l'on remplit de gaze jusqu'à cicatrisation.

Les lambeaux cicatrisés, FÉLIZET sépare les doigts par ligature à la soie progressivement serrée.

Il nous paraît qu'il serait préférable alors, la commissure

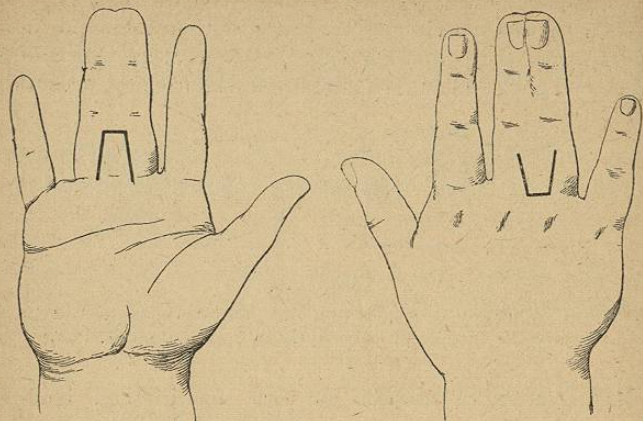


Fig. 1044.
Syndactylie. Procédé de Félizet.

étant bien formée, de séparer les doigts par un des procédés auto-plastiques décrits.

MEMBRE INFÉRIEUR

Amputation inter-ilio-abdominale. — Le manuel opératoire de l'amputation totale du membre inférieur, os iliaque compris, n'est pas encore réglé comme l'est l'amputation correspondante inter-scapulo-thoracique. Presque tous les opérateurs ont opéré d'après leur plan particulier, mais il se dégage de ces diverses interventions une direction générale et des temps communs que nous pouvons indiquer.

Le tracé des lambeaux est assez variable. On peut tracer un *grand lambeau postéro-latéral* (JABOULAY)¹; *deux lambeaux, antérieur et postérieur* (GIRARD)²; *une raquette à queue antéro-*

¹ JABOULAY. *Lyon médical*, 15 avril 1894.

² GIRARD (de Berne). *Congrès français de Chirurgie*, 1898, p. 585.

externe (SALISTCHEFF¹, MORESTIN²); un *grand lambeau interne* (SAVARIAUD)³.

Le grand lambeau postéro-latéral (fig. 1045) est obtenu en pratiquant une incision parallèle et sous-jacente à l'arcade crurale, allant de la région pubienne à la crête iliaque qu'elle suit ensuite d'avant en arrière. La peau de la cuisse est incisée circulairement au tiers supérieur, et du milieu de cette incision,

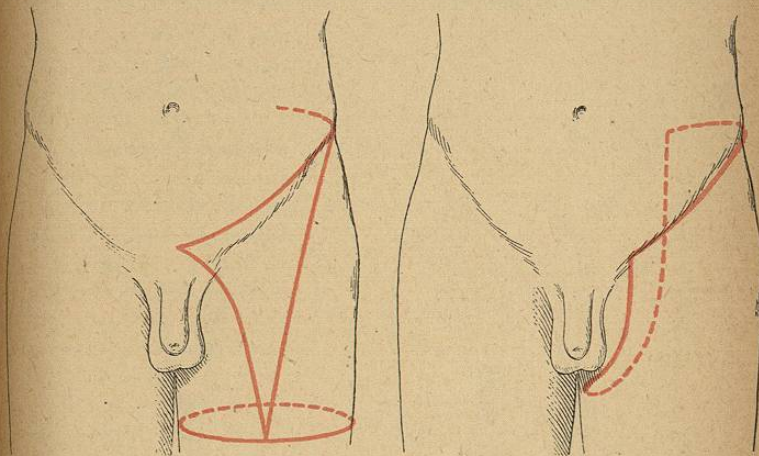


Fig. 1045.
Incision de Jaboulay.

Fig. 1046.
Incision de Girard.

sur la face antérieure de la cuisse, partent deux traits divergeant en haut, l'un vers le pubis, l'autre vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Le triangle des parties molles compris entre ces incisions (fig. 1045) est sacrifié. (JABOULAY).

Les deux lambeaux, antérieur et postérieur, sont limi-

¹ SALISTCHEFF (de Tomsk). *Arch. f. klin. Chir.*, 1900 et Thèse de CROISIER, Paris, 1901.

² MORESTIN. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, octobre 1902, p. 795.

³ SAVARIAUD. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1902, n° 9, p. 346.

tés par une incision qui part du voisinage de la symphyse pubienne (fig. 1046), s'écarte légèrement du pli inguinal, côtoie la crête iliaque et s'arrête sur la région de l'épine iliaque postérieure, dessinant le lambeau antérieur court. Le lambeau postérieur est très convexe et formé en réunissant par une incision courbe les deux points externes de la première incision (GIRARD).

La raquette est décrite différemment par SALISTCHEFF et par MORESTIN. SALISTCHEFF (fig. 1047) trace une incision qui part de

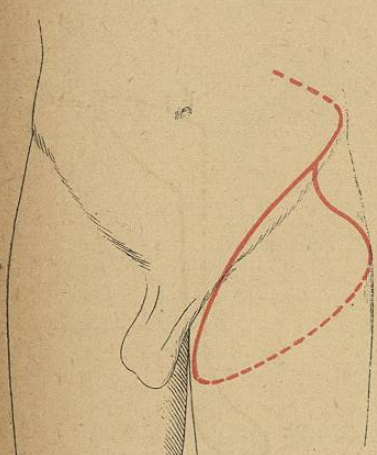


Fig. 1047.
Incision de Salistcheff.

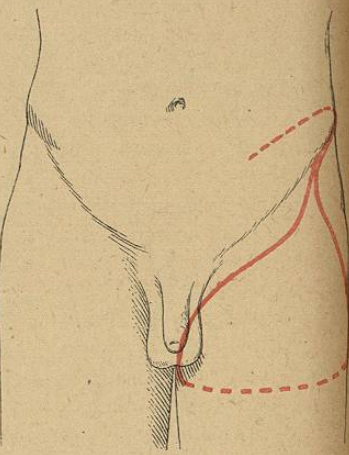


Fig. 1048.
Incision de Morestin.

l'extrémité de la douzième côte et descend vers l'épine iliaque antéro-supérieure ; elle suit ensuite l'arcade de FALLOPE, à 1 centimètre au-dessus d'elle. L'incision reprend à l'épine pubienne pour se continuer en dedans et en arrière de la racine de la cuisse, suivant la branche ischio-pubienne jusqu'à l'ischion.

Enfin une troisième reprise mène l'incision du milieu de la crête iliaque, où elle rejoint la queue de la raquette, jusqu'à l'ischion en longeant le grand trochanter.

MORESTIN (fig. 1048) commence sur la crête iliaque, trois travers

de doigt au-devant de l'épine iliaque postéro-supérieure, suit la crête iliaque, dépasse l'épine iliaque antéro-supérieure, et recourbe l'incision de façon à passer transversalement à trois centimètres sous l'arcade de FALLOPE et gagner la face interne de la cuisse à même distance du sillon périnéo-crural. L'incision est complétée plus tard, après libération de la face interne de l'os iliaque ; on la conduit de la face interne de la cuisse à la queue de la raquette sur la crête iliaque, en passant un peu au-dessous du pli fessier et au niveau du grand trochanter.

Le grand lambeau interne (fig. 1049) est dessiné après qu'une incision allant du milieu de l'arcade crurale à l'épine iliaque postéro-supérieure a suivi la crête iliaque dans toute son étendue, et a servi à lier les vaisseaux iliaques. Le tracé du lambeau lui-même part du milieu de l'arcade crurale, descend un peu en dehors des vaisseaux fémoraux conservés dans

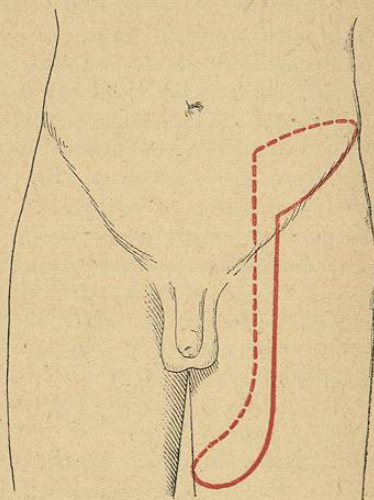


Fig. 1049.
Incision de Savariaud.

le lambeau, se recourbe vers le milieu du bord interne de la cuisse et remonte pour atteindre l'ischion, puis l'épine iliaque postéro-supérieure (SAVARIAUD).

Avant de commencer les incisions, et afin d'économiser le sang de l'opéré, il est bon de comprimer le membre inférieur, du pied au milieu de la cuisse, avec une bande de caoutchouc qu'on laisse en place et qu'on arrête solidement. Le sang du membre inférieur est refoulé dans le reste du corps.

Après le tracé de tout le contour du lambeau, ou seulement

après le tracé de la portion qui suit la crête iliaque, on désinsère les muscles abdominaux sur la crête, et on décolle le péritoine et les parties molles de la fosse iliaque interne.

C'est à ce moment que tous les opérateurs ont pratiqué la *ligature des vaisseaux* principaux, les uns liant d'emblée l'*artère iliaque primitive et la veine iliaque externe*; d'autres, craignant le sphacèle des lambeaux, ne lient d'emblée que les *vaisseaux iliaques externes*, ou l'*artère iliaque interne* seule puis la *fémorale* en taillant le lambeau crural.

La ligature faite et les incisions complétées, gardant autant de parties molles pour doubler la peau que le permet l'étendue de la tumeur, on commence par libérer l'os iliaque en avant pour le décoller peu à peu d'avant en arrière, l'écarté en tirant sur la cuisse, faire bâiller et enfin désarticuler de dedans en dehors l'articulation sacro-iliaque.

On peut en avant soit diviser la symphyse pubienne, soit garder une partie du pubis en coupant ses deux branches pour conserver l'insertion du muscle droit de l'abdomen.

Lorsque l'os iliaque est écarté, en désarticulant la symphyse sacro-iliaque, on dégage les organes compris dans l'échancrure sciatique, et on les coupe.

Le membre tombe dès que l'os iliaque est dégagé en arrière jusqu'à l'ischion.

Les parties molles sont réunies selon la forme donnée aux lambeaux et la plaie est largement drainée.

HANCHE

Arthotomie. — *1° Pour épanchement articulaire.* — C'est l'incision classique de la résection par incision postérieure de LANGENBECK : La cuisse étant fléchie de telle sorte que la ligne droite prolongeant directement le fémur aboutisse à l'épine iliaque postéro-supérieure. On incise sur cette ligne, les deux tiers de l'incision étant sur la fesse, un tiers sur la face externe du grand trochanter (fig. 1050). La peau et la graisse incisées, on passe entre deux faisceaux du muscle grand fessier, coupant le tendon près du trochanter, et on écarte les lèvres

musculaires. Passant ensuite entre le muscle pyramidal et le moyen fessier, et écartant, on incise la capsule depuis le sourcil cotyloïdien jusqu'au trochanter.

*2° Pour réduction de luxation irréduc-
tible.* — La cavité cotyloïde vide est abordée par voie antérieure ou postérieure, selon que la tête luxée est en arrière ou en avant, à moins qu'on ne soit décidé d'emblée à faire une résection économique.

Le *voie postérieure* est l'incision classique de LANGENBECK.

Le *voie antérieure* est l'incision de M. Schede, longitudinale sur la partie antéro-externe de la cuisse, partant à environ un travers de doigt sous l'épine iliaque antéro-supérieure. M. SCHEDE passe ensuite entre le couturier en dehors et le psoas en dedans (fig. 1051). ROCHET¹ trouve plus aisé de passer entre le couturier et le psoas d'une part, réclinés en dedans, et d'autre part le droit antérieur et le tenseur du fascia lata réclinés en dehors (fig. 1052).

Les manœuvres de libération de la tête et de déblaiement de la cavité cotyloïde ne peuvent être décrites d'une façon régulière.

Si elles n'aboutissent pas à la réduction, ou si d'emblée on a décidé de s'adresser à la résection, il faut faire une *résection économique* comme l'a indiqué RICARD² : la tête découverte, on



Fig. 1050.
Arthrotomie de la hanche. Incision.

¹ ROCHET. *Revue de Chirurgie*, 1900, n° 4, p. 499.

² RICARD. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1890, p. 714 (Rapp. Nélaton).

coupe avec un ostéotome la sphère fémorale seulement, et lorsque la capsule a été refoulée, la cavité cotyloïde reformée, on y loge le moignon du col fémoral.

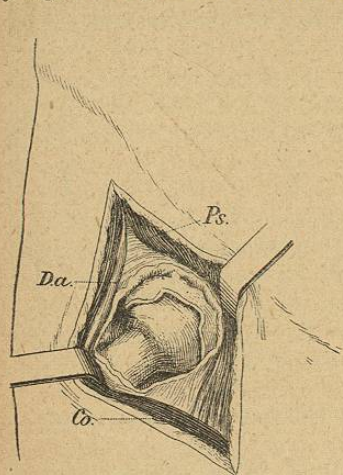


Fig. 1051.

Arthrotomie de la hanche. Voie antérieure. Procédé de M. Schede.

[*D.a.*, droit antérieur. — *Co.*, couturier. *Ps.*, psoas.

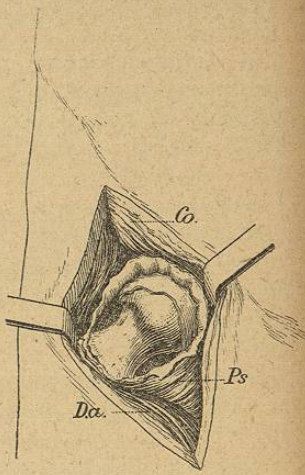


Fig. 1052.

Arthrotomie de la hanche. Voie antérieure. Procédé de Rochet.

D.a., droit antérieur. — *Co.*, couturier. — *Ps.*, psoas.

Ostéotomie et interposition musculaire dans l'ankylose coxo-fémorale (CH. NÉLATON). — NÉLATON décrit un procédé opératoire destiné à obtenir la mobilité d'une articulation ankylosée, grâce à la libération de la tête et à l'interposition musculaire¹.

L'articulation ankylosée est découverte par l'incision antérieure que nous connaissons, et le col est dégagé avec la rugine jusqu'au sourcil cotyloïdien fusionné avec la tête fémorale.

¹ CH. NÉLATON in COVILLE. Thèse de Paris 1899 et RENAULT. Thèse de Paris, 1900. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 juin 1902, p. 687.

Avec un large ciseau en forme de gouge, on dégage la tête fémorale de la cavité cotyloïde remplie par elle, et une fois le fémur dégagé, on agrandit le cotyle découvert.

Découpant une bande musculaire large de deux doigts et longue de douze centimètres prise sur le tenseur du fascia lata (mais que l'on pourrait aussi prendre sur le couturier, sur le droit antérieur) on l'interpose entre les deux surfaces osseuses et la fixe en arrière aux parties molles par quelques points de catgut.

Les muscles et la peau sont recousus, la plaie drainée, et on applique un appareil à extension continue de HENNEQUIN, avec traction de 5 à 6 kilogrammes.

Réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche (Hoffa-Lorenz). — La réduction sanglante est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée pour la réduction non sanglante, aussi donnerons-nous simplement une description résumée de la technique de LORENZ, à laquelle s'étaient rattachés les opérateurs.

L'enfant est couché sur le dos, le genou correspondant au bout de la table. Au besoin, si le fémur n'est pas très mobile, on aura auparavant fait agir pendant quelques semaines l'extension continue. Un aide tient la jambe, prêt à exécuter les mouvements nécessités par la réduction, il opère une forte traction pour abaisser la tête au maximum.

L'incision (fig. 1053) part un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et descend obliquement en dehors vers le bord antérieur du grand trochanter, à deux travers de doigt au-dessous de son angle antéro-supérieur. Cette incision suit la direction du bord antérieur du moyen fessier.

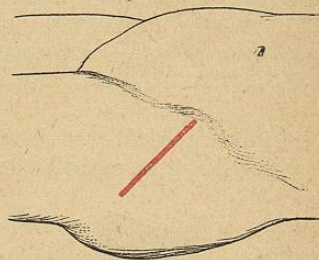


Fig. 1053.

Incision de Lorenz pour la cure opératoire de la luxation congénitale.

Lorsqu'on arrive au plan musculaire, on reconnaît (fig. 1054), en avant le tenseur du fascia lata, en arrière le moyen fessier.

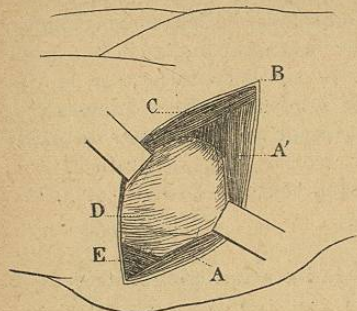


Fig. 1054.

Procédé de Lorenz pour la luxation congénitale (DELANGLADE).

A, A', moyen fessier. — C, tenseur du fascia lata. — D, capsule articulaire. — E, vaste externe.

Il importe de bien couper toutes les fibres ligamenteuses antérieures, celles du ligament de BERTIN, dont la persistance cache-

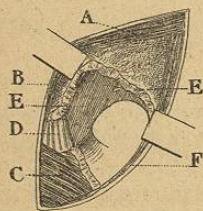


Fig. 1055.

A, tenseur du fascia lata. — B, cotyle. — C, vaste externe. — D, ligament de Bertin. — E, E, capsule ouverte. — F, moyen fessier.

rait le cotyle (fig. 1055 et 1056). On ne coupe pas la partie postérieure de la capsule large et longue.

On incise complètement l'aponévrose le long du bord antérieur du moyen fessier, et on écarte les muscles.

On incise alors le tissu cellulaire, et on arrive sur la capsule articulaire soulevée par la saillie de la tête fémorale (D, fig. 1054).

La capsule est incisée dans toute son étendue, du rebord cotyloïdien, compris, au trochanter. Fléchissant la cuisse, on accroche et désinsère la lèvre antérieure de la capsule, jusqu'au tendon du psoas, le long du trochanter.

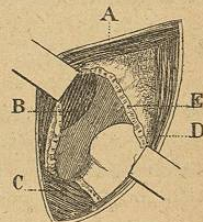


Fig. 1056.

A, tenseur du fascia lata. — B, cotyle découvert. — C, vaste externe. — D, moyen fessier. — E, capsule ouverte.

Lorsque toutes les fibres capsulaires antérieures sont bien coupées, l'aide exagérant la rotation externe, la tête fémorale vient dans la plaie. On peut alors modifier la forme de cette tête si elle présente des déformations très accentuées, ce qui est rarement utile.

C'est à ce moment qu'on creuse la cavité cotyloïde. A l'aide d'une solide curette bien tranchante, droite ou coudée, on vide d'abord le cotyle des tissus fibreux qui l'encombrent; puis, l'index gauche guidant l'instrument, on creuse le cartilage et l'os, agissant surtout en haut et en arrière où se trouve l'endroit le plus épais. Les bords de la cavité doivent être nets et réguliers.

Lorsque la cavité est creusée, on réduit la tête. Ou bien la réduction, facile, se fait sous l'influence d'une traction de l'aide ou d'une pression sur le grand trochanter. Ou bien la réduction est pénible, nécessite une énergique traction de l'aide jointe à l'abduction et à la rotation interne, favorisée encore par des pressions sur la tête et sur le trochanter.

Après qu'on s'est assuré que la tête se maintient bien réduite, après qu'on a nettoyé toute la plaie et supprimé tout débris osseux ou cartilagineux, on suture en drainant, et on applique un pansement.

Un grand appareil plâtré immobilise la hanche, étendu des chevilles aux aisselles, le membre inférieur maintenu en abduction marquée avec légère rotation interne. Le plâtre est renforcé par des lames de zinc.

On découpe dans l'appareil une fenêtre qui permettra de faire les pansements de la plaie

Ce premier appareil reste dix jours, puis est remplacé par un deuxième plus petit, allant de la crête iliaque au genou inclusivement. Après deux semaines, ce deuxième appareil est remplacé par un troisième laissant le genou libre, lui-même supprimé après deux semaines.

Alors commence un long et important traitement de mobilisation active et passive, de massage et d'électrisation musculaire.

CUISSÉ

Résection de la veine saphène interne (Traitement des varices). — On résèque deux à trois segments du trajet crural de la veine saphène interne, au-dessous de son embouchure, à la partie moyenne de la cuisse, et au niveau du condyle interne du fémur.

Sur le trajet connu de la veine, obliquement ascendante à la face interne de la cuisse, depuis le bord postérieur du condyle interne fémoral jusqu'à 4 centimètres environ au-dessous de l'arcade crurale, en dedans du couturier, on pratique les deux ou trois incisions, grâce à l'anesthésie cocaïnique locale ou sous l'anesthésie générale.

La veine découverte sur 5 ou 6 centimètres, on isole son extrémité supérieure à la sonde cannelée et l'on y place une solide ligature. Appliquant une pince au-dessous de la ligature, on coupe le tronc veineux entre le fil et la pince, et on dégage la veine de haut en bas, pinçant et coupant les collatérales rencontrées.

On pose une ligature à l'extrémité inférieure, on coupe le segment isolé, on lie les collatérales pincées, et on recoud la peau.

Résection du nerf fémoro-cutané (Méralgie paresthésique). — Le nerf sort ordinairement du bassin immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

On incise transversalement sur la partie externe de l'arcade crurale et sur l'épine iliaque. Sous la peau et la graisse on reconnaît l'arcade crurale, et prudemment on cherche sous l'arcade, près de l'épine iliaque, le cordon nerveux blanc qui descend dans la cuisse.

La névrectomie s'exécute selon les règles habituelles¹.

Élongation du nerf sciatique. — On découvre le nerf à la

¹ Voy. p. 122, t. I.

face postérieure de la cuisse, au-dessous du bord inférieur du grand fessier.

Sur le milieu de la face postérieure de la cuisse, on incise la peau et la graisse, on reconnaît le bord inférieur du grand fessier oblique en bas et en dehors.

Relevant ce bord après avoir incisé l'aponévrose, on trouve le nerf formé d'un seul ou de deux troncs accolés, en dehors de la longue portion du biceps.

L'élongation se fait comme nous l'avons déjà dit¹.

Ostéotomie sous-trochantérienne. — L'ostéotomie elle-même est faite d'après les règles que nous avons déjà données², nous n'avons ici qu'à indiquer la forme et la direction de la section osseuse.

L'extrémité supérieure du fémur est découverte par une incision longitudinale siégeant sur la face externe de la cuisse, au niveau du grand trochanter et au-dessous de lui. Les parties molles incisées jusqu'à l'os, on dégage les faces antérieure et postérieure sous la base du trochanter, et on incise le périoste sur le trajet de la section osseuse.

La section osseuse peut être transversale, oblique ou cunéiforme.

Transversale. — La section osseuse est située à la base du grand trochanter, passant au-dessous du petit (fig. 1057).

Oblique. — (TERRIER-HENNEQUIN). La ligne de section part de

¹ Voy. p. 123, t. I.

² Voy. p. 57, t. I.

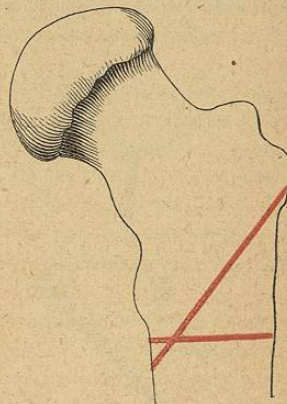


Fig. 1057.

Ostéotomie sous-trochantérienne. Oblique et transversale.

la limite inférieure du grand trochanter, se dirige en bas et en dedans, pour aboutir en dedans, à 8, 10 ou 12 centimètres au-dessous du point du départ (fig. 1037).

Cunéiforme. — (LE DENTU) (fig. 1058 et 1059). L'ostéotomie vise deux buts : corriger la flexion en enlevant un coin à base postérieure, corriger la déviation (adduction ou abduction) en inclinant le coin réséqué dans une direction déterminée.

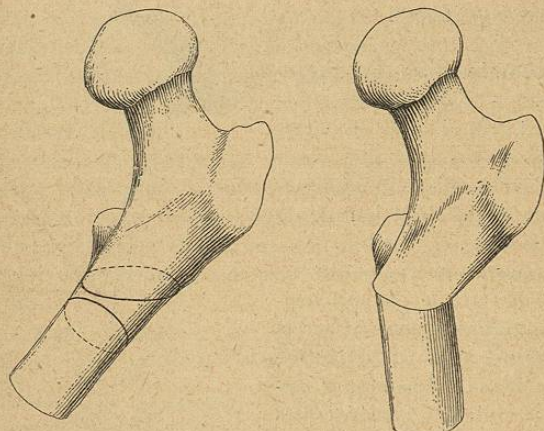


Fig. 1058.

Résection cunéiforme oblique de Le Dentu.

Fig. 1059.

Le coin à réséquer doit avoir comme ouverture l'angle complémentaire de l'angle de flexion de la cuisse.

L'inclinaison s'obtient en faisant porter sur un côté la base du coin au lieu de la faire directement postérieure, elle est postéro-externe pour corriger une flexion-adduction.

L'ostéotomie faite, on applique un appareil à extension continue jusqu'à consolidation complète. La marche n'est reprise que doucement et progressivement au bout de deux mois environ.

GENOU

Arthrotomie. — L'ouverture de l'articulation, faite d'après les règles déjà indiquées¹, comprend une ou plusieurs incisions, suivant qu'il s'agit d'extraire un corps étranger, d'évacuer une hydarthrose ou une pyarthrose.

L'incision unique d'une **arthrotomie pour corps étranger** siège sur le côté externe, à moins d'indication particulière fournie par le siège fixe de l'arthrophyte.

À 1 ou 2 centimètres du bord de la rotule, une incision longitudinale suffisante ouvre la synoviale, après avoir traversé successivement la peau, la graisse et le plan musculaire. L'hémostasie doit être complète avant l'ouverture de la synoviale. Si le corps étranger tient à un pédicule, il faut lier ce pédicule avant de le couper, pour éviter toute hémorragie intra-articulaire.

L'articulation est fermée ensuite, avec ou sans drainage, suivant l'état du liquide articulaire.

L'arthrotomie pour une pyarthrose doit comprendre au moins deux longues ou quatre courtes incisions antéro-latérales, on y ajoutera dans les cas graves deux incisions postérieures.

Les **incisions antéro-latérales**, situées de part et d'autre de la rotule, à 1 ou 2 centimètres du bord de cet os, doivent ouvrir, en une seule ou en deux incisions, le cul-de-sac sous-tricipital et la portion sus-méniscale en haut, la portion sous-méniscale en bas.

Les **incisions postérieures** ouvrent les coques condyliennes et la partie postérieure de l'articulation. Chaque incision est située le long du bord externe du muscle jumeau correspondant.

Le drainage est établi selon les règles habituelles.

Suture de la rotule. — La réunion des fragments d'une fracture rotulienne comprend deux temps opératoires : 1° l'arthrotomie; 2° la réunion osseuse.

¹ Voy. p. 90, t. I.