Guersain, Alsberg, cités par Gourdon, se montrent très partisans de l'orthopédie dont les succès sont fréquents et qui n'offre pas les dangers des opérations sanglantes.

Comme traitement de transition entre les méthodes extrêmes citons le redressement forcé sous anesthésie après la section sous-cutanée des adducteurs proposée par Vulpius.

b. *Opérations sanglantes.* — L'ostéotomie ou la résection, — l'ostéotomie linéaire du col (Budinger) ou de la partie sous-trochantérienne du fémur (Muller, Hofmeister), — l'ostéotomie cunéiforme du col (Kraske), la résection sous-trochantérienne (Kocher, Maydl, Sprengel); telles sont les opérations proposées et pratiquées avec des succès variables, qui ne sauraient être employées que dans les cas d'insuccès par les moyens orthopédiques et après un long traitement de patience. L'ostéotomie sous-trochantérienne oblique paraît la méthode la plus sûre (Gourdon).

ARTICLE XII

COXO-BOT OU HANCHE BOTE

Au Congrès de chirurgie de 1892 (p. 306) le professeur Lanelongue de Bordeaux en présentant deux remarquables succès a proposé de donner le nom de coxo-bot ou hanche bote aux déviations paralytiques de la hanche, et tracé en même temps le manuel des opérations sanglantes qu'on peut diriger contre elles.

1° Anatomie pathologique et symptômes. — Il est rare en effet que les muscles de la hanche (fémoraux ou pelvi-trochantériens) soient suffisamment paralysés pour produire l'inertie absolue du mouvement. La plupart du temps la paralysie infantile a concentré ses efforts sur certains groupes, en particulier les groupes antéro-internes et les muscles externes entraînent le membre en déviation externe de telle sorte que la cuisse est portée en dehors avec rotation externe plus ou moins accentuée et que la tête fémorale vient faire saillie soit

du côté du triangle de Scarpa soit plus bas vers le périnée.

Les figures 174 et 175 représentent un sujet atteint de hanche bote paralytique. Dans cette attitude le membre comme suspendu par la rétraction des muscles, des aponévroses et des ligaments, ballotte dans tous les sens dès que le pied ne touche

Fig. 174.

Fig. 175.

Hanche bote (avant l'intervention).

plus le sol. Tous les mouvements sont relativement faciles, l'extension unie à l'adduction seule est empêchée par la résistance des muscles externes et des ligaments et par l'opposition de la tête fémorale qui paraît avoir déjà abandonné la cavité cotyloïde pour fuir en avant et en dedans ou en dedans et en arrière.

L'exploration attentive de la jointure et de ses rapports rend parfaitement compte des différents désordres consécutifs à la paralysie. Du côté de la tête devenue plus saillante en avant ou en arrière, les doigts pénètrent facilement à travers les

tissus relâchés par la paralysie et l'attitude vicieuse; du côté de la déviation, en dehors, c'est une résistance absolue de toutes les parties rétractées.

Avec ces désordres propres à la hanche on en observe d'autres signalés dans toutes les observations publiées : déformations du pied porté en équin ou en varus équin, plus rarement en valgus, rétraction de l'aponévrose plantaire, paralysies en rapport avec l'attitude du pied du côté des groupes musculaires de la jambe. Constamment aussi on a observé un certain degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Cette dernière attitude dans une observation personnelle nous a paru tenir moins à la rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe qu'à l'attitude même de la cuisse portée en flexion et en abduction. Signalons enfin le raccourcissement des os des divers segments dont il faudra tenir compte dans le traitement consécutif aux opérations qu'on aura cru devoir pratiquer, et tous les autres troubles inséparables de la paralysie infantile.

2° Diagnostic. — On ne pourrait confondre cette affection qu'avec la luxation congénitale, la coxalgie, l'arthrite sèche, la luxation traumatique non réduite et les cals vicieux de la partie supérieure de la cuisse.

Signaler ces confusions possibles suffit pour les faire éviter; on se rappellera seulement que Verneuil a signalé l'importance de la paralysie infantile dans l'étiologie de la luxation (dite congénitale), mais aussi qu'il existe une différence considérable entre cette dernière affection et la hanche bote que nous décrivons. La luxation congénitale s'accompagne de surélévation du trochanter et d'une liberté de mouvements qui jamais ne se retrouvent dans la hanche bote.

3° Traitement. — Le traitement est résumé d'une manière très exacte dans les conclusions qui suivent le mémoire du professeur Lanelongue et nous devons les reproduire ici sans modifier leur texte.

« La paralysie infantile détermine au niveau de la hanche

les mêmes rétractions, les mêmes déviations qu'elle produit au pied, à la main, au cou, etc.

« Ces lésions sont justiciables des mêmes méthodes opératoires qui dans les autres régions donnent de si excellents résultats, je veux dire les sections à ciel ouvert.

Fig. 176.

Fig. 177.

Hanche bote (après l'intervention à ciel ouvert) traces de l'incision des parties molles.

« Ici, selon les groupes musculaires rétractés, l'incision de la peau sera faite tantôt à la partie antérieure, tantôt à la partie postérieure et externe.

« Tous les muscles, tous les tissus fibreux rétractés seront incisés successivement.

« Si la réduction de la déviation n'est pas encore possible, on n'hésitera pas à ouvrir la capsule articulaire et même à luxer

la tête du fémur, sans la réséquer, et à la fixer dans la situation la plus propice au bon fonctionnement ultérieur du membre. »

Nous donnons ici dans les figures 176 et 177 la reproduction exacte d'un de nos opérés de hanche bote ; la figure 174 le représente avant l'intervention. Une large incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans divisa successivement toutes les parties molles, le psoas compris, sauf l'articulation, les vaisseaux et les nerfs. La réduction, incomplètement obtenue grâce à la résistance des parties respectées, s'opéra rapidement dans un appareil à extension continue et la flexion du genou disparut dès que le membre fut ainsi remis dans la rectitude.

On ne doit pas oublier que le résultat de l'intervention serait fort incomplet si l'on négligeait de redresser le pied dévié, de faire porter au sujet un soulier à semelle épaisse pour suppléer au raccourcissement des os, enfin de diriger contre les muscles malades un traitement électrique régulier.

ARTICLE XIII

COXALGIE

La coxalgie désormais dégagée de toutes les lésions inflammatoires ou douloureuses autres que la tuberculose doit être définie : la tuberculose de l'articulation coxo-fémorale.

1° Etiologie. — La coxalgie est essentiellement une maladie de l'enfance ; on la voit aussi chez l'adolescent et l'adulte, mais son maximum de fréquence est entre deux et sept ans ; avant et après cet âge les cas sont encore assez nombreux. Elle peut être double mais les cas en sont heureusement rares.

Toute cause de débilité, d'affaiblissement, les maladies générales et l'hérédité comme les maladies accidentelles, la privation d'air et de lumière, l'insalubrité et la nourriture insuffisante prédisposent à la coxalgie. Les enfants lymphatiques, bouffis, plus inoculables, tels que les fait trop souvent l'allaitement artificiel, sont le terrain privilégié de cette affection.

L'activité formatrice considérable, le surmenage constant de l'articulation de la hanche chez l'enfant expliquent comment elle est un terrain privilégié pour la tuberculose locale.

2° Anatomie pathologique. — Entrer dans le détail des lésions vulgaires de l'ostéo-synovite est inutile, mais indiquer certains faits qui nous expliquent les phénomènes observés pendant le cours de la maladie est nécessaire.

Les os sont primitivement atteints le plus souvent, comme l'a démontré Lannelongue. L'extrémité épiphysaire du fémur, le cotyle soit du côté de son sommet soit vers son arrière-cavité sont envahis au début de la coxalgie, mais le retentissement sur la jointure peut apparaître quand depuis longtemps déjà l'os est infecté (Broca). La tuberculose du col du fémur, du trochanter et de la partie sous-trochantérienne du fémur est encore une altération de début qui, quoique plus tardivement, retentit sur l'articulation de la hanche. Après un certain temps la synoviale est envahie, des lésions de voisinage apparaissent, et il serait difficile de voir dans une articulation détruite par la tuberculose et remplie de fongosités, de pus, de petits séquestres de carie, quelquefois de véritables séquestres durs ou même de la tête fémorale détachée, autre chose qu'une vaste tuberculose où tout est confondu.

Cette destruction progressive ne s'accomplit pas sans une succession de phénomènes importants. Au point de contact de la tête fémorale altérée et de la partie supéro-externe du cotyle la tendance destructive est plus grande et le cotyle s'élargit au fur et à mesure qu'il peut moins supporter la pression fémorale ; la tête du fémur ulcérée, amoindrie, s'avance vers cet espace qui s'ouvre devant elle et le trochanter remonte au-dessus de la ligne de Nélaton. Ce déplacement du trochanter peut être considérable quand la tête a complètement disparu, ou s'est séparée du col pour devenir libre et former un séquestre. Ainsi s'établit la fausse luxation pathologique. En réalité la luxation n'existe pas ou du moins elle est fort rare et ne se présente que dans les cas exceptionnels où les ligaments ont

cédé dès le début avant une altération profonde du système osseux. Mais on peut concevoir que cette usure postéro-supérieure n'est en général qu'un phénomène tardif de l'envahissement tuberculeux, et que la tuberculose peut, suivant les cas, se développer dès le début sur tel point plutôt que sur tel autre. Delà des manifestations extérieures de suppuration qui n'attendent pas toujours pour se produire que la destruction profonde de la jointure soit très avancée.

Les abcès occupent en effet diverses régions : on les voit apparaître à la racine de la cuisse sous les adducteurs, sous le fascia lata ; à la partie postérieure du membre au-dessous de l'ischion ; dans la cavité pelvienne près de la région cotylienne intacte ou très rarement perforée. Ils sont en rapport avec telle ou telle partie de l'articulation plus affectée ou primitivement affectée. Il faut aussi noter que certains abcès viennent de ganglions tuberculeux plus ou moins éloignés. La collection la plus commune est celle qui se forme en haut et en dehors sous le fascia lata.

Autour de la jointure dont les éléments sont en partie détruits, les muscles s'atrophient, les nerfs ont paru affectés de névrite, et tout le membre s'atrophie. On a remarqué (P. Broca) que l'atrophie d'ensemble portait d'abord et surtout sur les petites extrémités : le pied, les orteils sont réduits de volume, mais, à part quelques cas où il existe un peu d'allongement hypertrophique du fémur, tous les os présentent une diminution de longueur.

Enfin la suppuration par sa continuité ne peut qu'entraîner des altérations viscérales de tuberculose généralisée ou de dégénérescence amyloïde du foie et des reins.

3° Marche. — Fort heureusement la coxalgie bien soignée guérit dans de larges proportions, soit que le processus tuberculeux s'arrête rapidement pour laisser la fonction intacte ou à peu près intacte, soit qu'il guérisse, après de larges désordres, en laissant après lui l'ankylose. Mais il faut toujours craindre durant l'évolution de la maladie la généralisation du côté du poumon et des centres nerveux ou des accidents de septicémie quand la suppuration s'est fait jour au dehors.

4° Symptômes. — Nous examinerons les symptômes de la coxalgie à trois époques différentes de son évolution : le début, la période d'état et la période des complications.

Fig. 178.
Coxalgie droite (abduction) abaissement de l'épine iliaque.

A. Début. — Quel que soit l'âge du sujet, la douleur et la boiterie sont les deux premiers symptômes observés, la raideur de la hanche, les changements d'attitude viennent ensuite.

a. *Douleur.* — La douleur siège au-devant de l'articulation. mais elle est peut-être aussi fréquente au genou : on l'exagère

par la pression au pli de l'aine et en dedans sur les adducteurs, par les mouvements brusques imprimés latéralement ou dans tous les sens au membre malade, mais très peu par la percussion de la plante du pied pendant que le membre est étendu, ou par celle du grand trochanter malgré l'affirmation contraire de certains auteurs.

La douleur pendant la marche, au début, est vague, incertaine chez les petits enfants. Soit inconscience, ou crainte d'être privés de leurs jeux et tenus au repos, bon nombre de petits sujets ne se plaignent pas et continuent à se mouvoir malgré une boiterie quelquefois très accentuée.

b. *Boiterie.* — La boiterie est donc un excellent signe. L'enfant marche en s'inclinant de côté, traîne le membre malade et le soustrait à la pression du corps. Très accusée après un certain temps, elle peut être au commencement si légère qu'on pourra l'apprécier davantage par l'ouïe que par la vue (signe du maquignon). On ne peut se servir d'elle chez les tous petits enfants, mais tandis qu'on les tient élevés, le membre malade un peu fléchi reste immobile tandis que le membre sain s'agite.

c. *Raideur de la hanche.* — Après la douleur et la boiterie, le premier symptôme à rechercher dès le début est la *raideur de la hanche.* Il faut examiner l'enfant couché sur le dos. On fléchit le membre sain sur l'abdomen ; le genou peut aller sans obstacle jusqu'au voisinage de la face inclinée vers lui. On fléchit le membre supposé malade ; il entraîne bientôt plus ou moins le bassin et s'arrête en route. Cet entraînement du bassin, caractéristique de la raideur articulaire, est encore mis en relief par les mouvements d'adduction et d'abduction qui restent sans effet, même dans une grande amplitude, sur le membre sain.

d. *Changement d'attitude.* — Dans l'ordre régulier d'un examen clinique bien fait, le changement d'attitude vient ensuite. Il est rare en effet que, même avec une légère raideur de l'articulation, il ne se produise pas de la flexion et de l'abduction du fémur ; l'adduction viendra plus tard.

Le sujet est debout ? le membre malade repose sur le sol, le

genou légèrement fléchi ; les reins sont creux, il y a de l'ensellure. On le couche sur le dos ? le côté malade ne repose pas à plat sur le lit, il est plus long ; la main passée sous les reins trouve un espace creux qui reste intact si l'on fléchit le côté sain et qui s'efface de suite si l'on fléchit le côté malade. Cet espace représente encore l'ensellure qui, dans la position couchée, s'exagère d'autant qu'on oblige le membre malade à se rapprocher du plan horizontal sur lequel il repose incomplètement. Qu'on veuille bien ensuite remarquer que le membre malade, qui paraît plus long, a la pointe du pied un peu en dehors, et que l'épine iliaque du même côté est abaissée et sur un plan antérieur plus accusé que celle du côté sain, on aura de suite l'ensemble des faits d'attitude qui nous permettent de nous rendre compte des déplacements du bassin et du fémur dans leur situation d'immobilité relative.

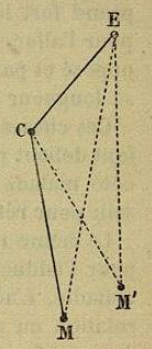

Fig. 179.

Il faut en effet considérer l'os iliaque et le fémur comme ne faisant qu'un dès que l'articulation coxo-fémorale est immobilisée par la lésion et les douleurs qu'elle provoque. Or, on sait qu'au début la cuisse se porte en abduction et en flexion. Dès lors l'épine iliaque E, la tête du fémur et le cotyle C et l'extrémité inférieure du fémur ou si l'on veut l'extrémité du membre M forment un angle qui dans l'abduction, se ferme et devient ECM'. Or, la fermeture de cet angle représente une ligne EM' qui est naturellement plus courte que EM. Donc, l'abduction fixe raccourcit le membre en le déjetant en dehors. Il en résulte que le sujet malade ayant une tendance à ramener au parallélisme les deux membres inférieurs, incline son bassin de côté et abaisse ainsi son épine iliaque correspondante.

Mais il y a avec l'abduction, de la flexion et de la rotation en dehors. Pour les corriger et rétablir le parallélisme, le bassin s'incline en avant sur son axe transversal, de là l'ensellure, et tourne sur son axe vertical pour porter l'épine iliaque en avant afin de corriger la rotation externe.

On peut donc dire qu'avec la première déformation : abduction, il y a, les deux membres étant maintenus parallèles, allongement apparent du côté malade, abaissement de l'épine iliaque, projection de cette épine en avant, inclinaison antérieure du bassin. Nous disons allongement apparent du membre, car, si on le mesure depuis l'épine iliaque, il est retrouvé plus court la ligne EM′ devenant nécessairement plus courte à mesure que l'abduction s'accuse. Du reste on comprend fort bien que le bassin en s'inclinant du côté malade pour l'allonger et le ramener au parallélisme, s'élève du côté opposé et par conséquent entraîne le membre sain et diminue sa longueur apparente.

Ces choses une fois constatées il faut encore examiner l'enfant debout pour voir que le pli fessier est élargi et abaissé du côté malade et que la colonne vertébrale s'incline du côté sain pour rétablir l'équilibre.

Le même raisonnement, la même observation doit être faite pour l'adduction qui vient à une période plus avancée de la maladie. L'adduction se produit avec de la flexion et de la rotation en dedans. L'ensellure existera toujours, mais pour des motifs identiques à ceux invoqués plus haut, il y aura allongement à la mensuration depuis l'épine iliaque, raccourcissement à la vue, effacement de l'épine iliaque, élévation de cette épine, élévation du pli fessier, inclinaison de la colonne vertébrale du côté malade. Il faut en effet que la lésion prenne une attitude qui ramène le membre en dehors, l'élève pour le raccourcir, le tourne en dehors pour détruire la rotation interne.

La théorie est juste, précise, et la clinique est presque toujours en accord avec elle, mais qu'on vienne à trouver la mensuration ou la vue en défaut, une explication est nécessaire. Cette erreur apparente tient à des altérations osseuses : destruction de l'articulation, atrophie des leviers osseux. Ces raccourcissements osseux produiront en effet du raccourcissement à la vue dans l'abduction, où il devrait y avoir de l'allongement, et du raccourcissement à la mensuration dans l'adduction, où il devrait y avoir de l'allongement.

Au surplus, ces explications ne sont pas nécessaires absolument, pour comprendre la coxalgie et la traiter. Mais, une fois saisies, elles servent à mieux apprécier les déplacements et les complications.

Fig. 180.
Coxalgie droite (abduction) abaissement du pli fessier.

Déformation et déplacement peuvent aller à une limite extrême, arriver à d'horribles difformités, et cependant guérir dans de telles conditions.

B. Période d'état. — Dans cette période, la douleur est arrivée à son apogée, ou a disparu. Mais les déformations se sont accrues, la fonction est définitivement compromise, et deux issues se préparent : la guérison spontanée dans une

position défectueuse, ou la suppuration avec toutes ses complications.

C. Coxalgie suppurée. Complications. — La suppuration n'est pas seulement le fait du défaut de soin, elle peut se produire malgré la surveillance la plus assidue; il est donc nécessaire d'examiner souvent les enfants et de vérifier si, dans les points signalés, il ne se produit pas de l'empâtement, de la fluctuation, un foyer plus douloureux.

Alors que ces signes extérieurs de la collection de pus ne se produisent pas, on peut porter un mauvais jugement sur la marche d'une coxalgie quand il se produit un empâtement diffus de la racine du membre, une résistance profonde : la suppuration est probable. La collection purulente doit être également recherchée profondément, dans le bassin, par le toucher rectal (Cazin) et il ne faut pas oublier de vérifier l'aspect, la consistance des parties profondes de la cuisse qui dénotent parfois par un volume exagéré du fémur une infiltration tuberculeuse de cet os et des parties voisines. Il est nécessaire enfin d'examiner l'état de l'os iliaque qui peut être également envahi et deviendra le siège d'abcès multiples et bientôt l'origine de trajets fistuleux disséminés autour de la hanche.

Abandonnées à elles-mêmes, les collections s'ouvrent au dehors après avoir fait de vastes décollements, et la suppuration établie sur de nombreux trajets fistuleux peut entraîner l'épuisement, se compliquer d'accidents de septicémie. Cependant la guérison de la coxalgie suppurée n'est pas une rareté, et Ollier nous a montré quels résultats une thérapeutique sage pouvait obtenir. Il faut du reste bien distinguer la nature des abcès qui se produisent : les uns sont en rapport direct avec le foyer tuberculeux dont ils constituent en quelque sorte une irradiation : ce sont des abcès ossifluents dont la migration peut être lointaine, qu'on voit disséquer toute une région, perforer quelquefois les viscères quand ils envahissent l'excavation ou la fosse iliaque; les autres ne sont que des abcès de voisinage, nés sur les ganglions ou simplement dans le tissu conjonctif. Si ces derniers peuvent encore produire de sérieux désordres, ils guérissent plus vite ; mais le diagnostic différentiel est souvent impossible.

5° **Pronostic.** — Le pronostic de la coxalgie est nettement établi par le milieu où elle se développe, la santé de l'enfant atteint, les soins qu'il reçoit : on peut dire qu'il est favorable dans les milieux aisés. Mais il est rare que, même dans les meilleures conditions, la fonction soit absolument sauvegardée : l'ankylose est la règle. Si un certain nombre d'enfants ne perdent aucun mouvement, sont guéris *ad integrum*, on peut toujours se demander si, réellement, ils ont été atteints de coxalgie.

La suppuration, même avec de grands désordres articulaires, des déplacements du trochanter qui remonte au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton, n'est pas au-dessus du traitement, et la majorité des enfants guérissent.

Les petits enfants abandonnés sans soins, fournissent encore une bonne proportion de guérisons de cette tuberculose locale; mais ils n'évitent pas alors de graves déformations, qui, plus tard, réclament des interventions chirurgicales.

6° **Diagnostic.** — Plusieurs affections peuvent être souvent confondues avec la coxalgie. Nous citerons en première ligne mais sans discussion la luxation congénitale de la hanche, et la hanche bote paralytique. Y penser suffit pour éviter l'erreur.

L'arthralgie nerveuse ? Commune chez la jeune fille, plus rare avant quinze ans, elle se reconnaît à l'intensité brusque de la douleur locale, à d'autres points douloureux disséminés notamment près du rachis, aux signes généraux de la névropathie, et à la disparition brusque de la raideur articulaire sous le chloroforme.

Il ne saurait être question du rhumatisme, de la sciatique (rare). Les poussées lentes ou même aiguës d'ostéomyélite qu'on reconnaitra toujours avec un peu d'attention, méritent plus d'attention de la part des cliniciens, et nous pensons avec Demons et A. Broca que bien des coxalgies *douloureuses* à début

rapide, surtout chez les enfants très jeunes chez qui l'examen est plus difficile, sont quelquefois des cas d'ostéomyélite de l'extrémité fémorale. Comme le recommande Braquehaye, dès qu'un enfant en bas âge présente de la fièvre et témoigne un état de souffrance, l'examen de toutes les régions épiphysaires devient indispensable.

Mais trois maladies méritent encore un examen sérieux, à cause des erreurs dont elles sont trop souvent l'objet : la tuberculose du bassin, l'entorse épiphysaire, et la douleur de croissance.

La tuberculose de l'os coxal, localisée sur la région pubienne, la crête iliaque, l'excavation, l'ischion, la symphise sacro-iliaque, donne lieu à de la boiterie, à des douleurs pendant la station ou la marche et à de la contracture. Mais l'articulation de la hanche est relativement libre, les points douloureux ne correspondent pas à son niveau, et l'exploration des régions voisines, le toucher rectal en particulier, font découvrir la véritable lésion.

L'entorse épiphysaire et la douleur de croissance sont les occasions fréquentes d'erreur de diagnostic et le devoir du chirurgien quand il les a reconnues est de les surveiller avec soin parce qu'il est assez difficile de les distinguer de la coxalgie et qu'elles constituent une prédisposition à la tuberculose locale. Tout enfant pris de douleur et de boiterie à la suite d'une marche forcée, d'une chute, ou sans cause apparente et en pleine santé, doit être soumis au repos. Le repos seul et la guérison prochaine peuvent dans certains cas dissiper les doutes sur la nature de l'affection : quand ils ne suffisent pas pour faire disparaître la boiterie et la douleur, il faut penser à la coxalgie.

7° Traitement. — L'immobilisation *est la condition première* du traitement de la coxalgie.

Le traitement général tonique, l'air salin, les révulsifs sur la partie malade, jouent un rôle bien effacé à côté d'elle.

L'immobilisation doit être pratiquée en plaçant le membre dans une bonne situation, étendu, en abduction légère et

autant que possible un peu fléchi sur le bassin, de manière que si l'ankylose se produit la fonction soit aussi peu entravée que possible.

Pour immobiliser un membre coxalgique, nous repoussons la gouttière de Bonnet qui cependant a rendu de grands services, mais dont tout le monde reconnaît les inconvénients et que Lannelongue a justement proscrite. Nous lui préférons, l'extension élastique et les appareils fixateurs du tronc, surtout le corset orthopédique que nous avons proposé. Ainsi se trouvent appliqués les principes d'hygiène si nécessaires quand on veut guérir la tuberculose chirurgicale. « L'enfant ne guérit que s'il a bonne santé » (Grancher). La gouttière, qui immobilise bien sans doute, condamne le malheureux malade à une pénible captivité et détruit trop souvent sa santé générale.

Mais avant d'immobiliser il faut nous préoccuper de l'attitude vicieuse qui déjà peut être acquise. Quand elle est récente l'extension élastique en a vite raison en quelques heures ou en quelques jours. Quand elle est ancienne, l'extention arrivera encore souvent à la détruire, mais si l'ankylose est déjà avancée, il sera nécessaire de recourir à des manœuvres plus violentes.

Avant d'en arriver là il faut avoir épuisé tous les autres moyens, car nous sommes bien d'avis que l'ancienne méthode qui consistait à mobiliser sous le chloroforme une jointure pour la placer en bonne position est condamnable : presque toutes les coxalgies ainsi traitées suppuraient. On est encore prévenu que la mobilisation d'une jointure ankylosée mais encore malade, témoin la douleur et la suppuration dont elle est le siège, expose à la fracture du col ou de l'extrémité fémorale. Cette fracture n'est rien, elle rend service, au contraire.

Certains chirurgiens préfèrent à l'extension avec immobilisation, les appareils dextrinés, silicatés qui permettent la marche. Nous ne partageons pas cet avis. Les coxalgiques se résigneront à l'immobilité tant que leur articulation restera suspecte ; et en indiquant comme limite moyenne du traitement une période de dix-huit mois peut-être sommes-nous

au-dessous de la réalité. Du reste l'immobilisation n'empêche ni les soins de propreté les plus minutieux, ni les bains fréquents, tandis que les appareils ne peuvent les permettre.

La suppuration a été jusqu'à ces dernières années l'indication nette de la résection de la hanche. Ollier a fait justice de cette exagération. Comme à bien d'autres l'expérience nous a montré qu'on peut tirer le plus souvent meilleur parti d'une coxalgie suppurée avec la temporisation armée qu'avec une résection hâtive. L'abcès dès qu'il apparaît doit être ponctionné autant de fois qu'il est nécessaire et injecté avec une solution iodoformée ou naphtolée. Si l'injection ne suffit pas, l'incision *large* et le pansement aseptique auront bien souvent de très bons résultats. Nous préférons cette pratique aux opérations d'épargne, aux petits curettages qui sans action décisive menacent toujours l'économie d'auto-inoculation graves. Les enfants atteints de coxalgie sont assez exposés aux généralisations pour qu'on ne leur fournisse pas de nouvelles occasions de danger ; cependant nous le prescrivons pour les interventions limitées qui, bien faites, réalisent de sérieux avantages.

Fig. 181. Coxalgie suppurée, résection de la hanche.

Et nous réservons la résection de la hanche, voire même la désarticulation pour les cas où le traitement conservateur mais très énergique aura échoué.

Dans la coxalgie double le traitement ne saurait être différent, mais le trouble profond de la fonction met en discussion après la guérison l'ostéotomie sous-trochantérienne pour améliorer la position.

Cette même intervention devient fort utile dans les cas de coxalgie ancienne où ni l'extension, ni la réduction forcée n'ont pu obtenir de résultat. Pour un sujet guéri de sa tuberculose locale, mais affligé d'une déviation considérable, l'ostéotomie deviendra une bonne opération.

ARTICLE XIV

GENU VALGUM

Le genu valgum est cette déformation du membre inférieur dans laquelle la jambe déjetée en dehors forme avec la cuisse un angle ouvert en dehors et dont le sommet répond en dedans au condyle interne du fémur devenu plus saillant. Il est uni ou bi-latéral.

1° Étiologie. — Les plus jeunes enfants peuvent être atteints de cette déformation quand les membres inférieurs sont soumis à des pressions constantes : la mauvaise habitude que les nourrices ont de les porter sur les bras peut aussi déterminer la flexion anguleuse du genou et il n'est pas rare de voir des enfants de cinq à six mois, surtout quand ils sont chétifs et mal nourris, présenter d'un côté un genu valgum et de l'autre un genu varum (genou en dehors) produits par la pression constante du bras de leur nourrice et l'inclinaison forcée des deux membres inférieurs.

A un âge plus avancé chez les enfants de dix-huit mois, deux ans ou davantage, il est encore fréquent de rencontrer un ensemble d'altérations osseuses caractéristiques du rachitisme, au milieu desquelles le genou en dedans se détache d'une manière plus accentuée. A mesure qu'ils grandissent, loin d'être à l'abri du genu valgum, les enfants devenus adolescents y sont, au contraire, plus exposés quand ils vivent dans des conditions générales d'hygiène mauvaise et sont soumis à des travaux disproportionnés avec les forces de leur âge. La *jambe de boulanger* (Backerbein) des auteurs allemands est l'expression qui consacre bien la véritable étiologie du genu valgum parce qu'elle résume les deux conditions invariables : surcharge pour l'articulation dont le déve-