

Parfois le premier métatarsien suit le déplacement du premier cunéiforme (Robert Smith, Dupuytren, Bryant).

Le deuxième cunéiforme a été vu dans deux cas luxé isolément en *haut* (W. R. Folker, B. Anger). Key a signalé le déplacement simultané dans le même sens du deuxième et du troisième cunéiforme. Enfin, dans un cas de Bertherand, les trois cunéiformes étaient luxés avec les métatarsiens correspondants.

6° *Luxations des métatarsiens*. — Malgaigne en a cité un certain nombre d'observations; la lésion se produit à la suite d'une pression violente, d'une chute, le pied étant fixé par sa partie antérieure; la luxation est tantôt isolée, tantôt plusieurs os sont déplacés simultanément.

Les deux derniers métatarsiens sont le plus souvent atteints; on a signalé, depuis South, plusieurs cas où le déplacement s'est fait en haut et en arrière sur la face supérieure du cuboïde. Liston a vu le premier métatarsien luxé en haut; Monteggia, les deuxième, troisième et quatrième déplacés ensemble; Brault, le deuxième; enfin le métatarsien en entier peut se déplacer, le plus souvent en *haut* et en *arrière*: il y a raccourcissement du pied; la voûte plantaire est remplacée par une convexité. Le déplacement peut se faire aussi soit en dedans, soit en dehors. La réduction est ordinairement facile.

7° *Luxations des phalanges des orteils*. — Un choc direct sur l'extrémité des orteils, dans l'équitation en particulier, leur donne le plus souvent naissance. Le déplacement s'opère ordinairement en *arrière* et légèrement en *dehors*. Souvent ces luxations s'accompagnent de plaie. L'orteil luxé se trouve renversé soit à angle droit sur le métatarsien, soit dans son axe; il n'existe entre eux qu'un léger chevauchement. La luxation du gros orteil donne lieu pour sa réduction à des difficultés non sans analogie avec ce qui se passe dans la luxation du pouce.

Dans la luxation des quatre derniers orteils, lorsque la traction simple échoue, on pourra réussir en exagérant le renversement de la phalange, comme pour certaines luxations des doigts.

Enfin, dans quelques cas graves de luxations exposées, il y aurait nécessité de pratiquer la résection ou même l'amputation de l'orteil.

## CHAPITRE TROISIÈME

### AFFECTIONS SPÉCIALES AU MEMBRE INFÉRIEUR

#### I

#### COXALGIE. — TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

Il faut entendre sous ce nom l'affection tuberculeuse de la hanche, et distraire résolument de ce groupe, bien défini tant par la clinique que par l'anatomie pathologique, l'arthrite rhumatismale et la contracture hystérique des muscles de la hanche décrite par Brodie et désignée du nom de *coxalgie hystérique*.

Cette affection, d'abord décrite pour la première fois, sous le nom de *coxalgie*, par Wist (1809), puis sous celui de *luxation symptomatique* (Dupuytren), d'*affection scrofuleuse de la hanche* (Brodie), de *luxation spontanée* (Boyer), de *fémoro-coxalgie* (Larrey), a été l'objet de très nombreux travaux. Nous ne pouvons que citer ici les recherches expérimentales de Parise (1842, *Arch. gén. de méd.*), le mémoire de Bonnet (1845, *Journal de Malgaigne*), la thèse d'agrégation de Maisonneuve (1844), le traité de Crocq (1855), la thèse de Gibert (1859), celle de Labbé (*Agrég.* 1865), le mémoire de Martin et Collineau (1865), celui de Verneuil (*Soc. de chirurgie*, 1856), les travaux de Le Fort sur la résection de la hanche (*Acad. méd.* 1861), et plus récemment la communication de Cazin (*Acad. méd.* 1881), les thèses de Simonneaux (1885) et Dhourdin (1884), et enfin les leçons de Lannelongue sur la *coxo-tuberculose* (1886). La bibliographie est très complètement faite dans les deux dictionnaires (Valette, Mathieu et Straus).

**Étiologie.** — La coxalgie est une affection de l'enfance; son maximum de fréquence semble être de cinq à dix ou douze ans; néanmoins on l'observe parfois un peu plus tôt, comme beaucoup plus tard, à vingt ou trente ans. Les petites filles sont peut-être un peu plus fréquemment atteintes que les garçons. La misère physiologique, résultat de divers facteurs, nourriture insuffisante, séjour

dans une habitation humide, froide, malsaine, est une condition pathogénique importante; elle explique la fréquence de la coxalgie chez les enfants pauvres; mais cette affection est très loin d'être rare dans la classe aisée et riche. On trouve souvent alors que les parents sont âgés, scrofuleux ou tuberculeux; parfois cependant rien de semblable n'est observé.

Certaines maladies générales, telles que les fièvres éruptives, la scarlatine, la rougeole, ont été l'occasion du développement de la coxalgie; il est possible d'admettre que, dans quelques cas, ces affections n'ont eu d'autre résultat que de révéler la coxalgie déjà existante en donnant aux symptômes une plus grande intensité. On a attribué au traumatisme une certaine part dans la production de la coxalgie; il est difficile d'accepter que le traumatisme puisse par lui-même créer une manifestation tuberculeuse en un point quelconque, à la hanche comme ailleurs, à moins qu'il n'intervienne chez un individu déjà porteur d'un foyer tuberculeux en un lieu quelconque de l'économie; comme nous venons de le dire pour les fièvres, l'action du traumatisme peut être de révéler l'affection déjà née, mais restée jusque-là plus ou moins latente.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de la coxalgie ont été récemment très minutieusement étudiées par Lannelongue.

Au début de l'affection, la région de la hanche ne présente aucune altération; plus tard, lorsqu'il existe des abcès, la peau peut présenter des orifices fistuleux en des points variés. Le tissu cellulaire est plus ou moins épaissi et sclérosé, parfois envahi par des fongosités tuberculeuses ou des abcès. La capsule et la synoviale, peu altérées au début, finissent par être envahies et détruites par les fongosités. Les cartilages, d'abord simplement érodés, subissent des altérations successives qui aboutissent à leur destruction et à leur disparition. Les lésions osseuses méritent surtout d'être étudiées. On admet généralement aujourd'hui qu'elles sont les premières en date, et il n'y aurait plus guère lieu d'admettre le début des lésions dans la synoviale. La tuberculose primitive de la synoviale ne semble guère exister que dans certaines formes de poussées aiguës de granulations tuberculeuses, surtout observées au genou. Du côté du fémur, on peut trouver tout à fait au début, comme l'a vu Lannelongue, un foyer tuberculeux dans la tête fémorale, immédiatement sous le cartilage d'encroûtement, et de ce foyer partent des fongosités qui

détruisent le cartilage et pénètrent dans la cavité articulaire; tantôt les foyers peuvent naître dans le col ou près du cartilage dia-épiphyse. Dans la suite l'articulation serait envahie comme dans le premier cas; puis la tête fémorale subit des modifications dans son volume et sa nutrition; elle s'ulcère, se rapetisse et, dans certains cas, finit par disparaître. Parfois aussi, ainsi que Lannelongue l'a montré, le col, complètement séparé de la tête qui reste dans la cavité et de l'extrémité supérieure du fémur, forme un gros séquestre. Plus rarement enfin la destruction porte aussi sur le grand trochanter.

La cavité cotyloïde, qui, d'après quelques auteurs, serait atteinte primitivement plus souvent que le fémur, est agrandie en haut et en arrière, c'est-à-dire dans les points où presse la tête fémorale; les ulcérations progressives qui donnent lieu à cet agrandissement de la cavité cotyloïde correspondent aux ulcérations de la tête fémorale d'une manière tellement nette que Lannelongue a été amené à faire jouer à cette ulcération compressive le rôle capital dans la destruction de la cavité cotyloïde, et par suite dans les phénomènes graves de la coxalgie. La destruction de la cavité cotyloïde du côté du bassin donne lieu parfois à la perforation et au passage de la tête fémorale dans la cavité pelvienne, lorsqu'elle est restée relativement saine.

Cazin, après Portal, Boyer, Erischen, a tendance à croire que dans bon nombre de cas l'affection débute par la cavité cotyloïde et même à la face interne de l'os du côté du bassin, où le toucher rectal pourrait faire reconnaître de bonne heure les lésions et révéler de l'empâtement ou de la fluctuation (thèse de Dhourdin).

Les abcès se montrent fréquemment dans la coxalgie et affectent des sièges divers. Le plus souvent ils sont *cruraux externes* (Lannelongue) et restent limités à la loge externe des muscles supérieurs de la cuisse; plus rarement ils suivent la gaine des vaisseaux fémoraux ou bien encore ils sont en rapport avec la région interne de la cuisse, au voisinage du petit trochanter. Lorsque les altérations prédominent en arrière du cotyle, on observe des abcès fessiers. Enfin les abcès pelviens et iliaques, plus rares, se montrent ordinairement quand les lésions osseuses débute par le fond de la cavité cotyloïde, perforée ou non. Il peut aussi se développer dans le bassin des abcès de voisinage sans communication avec la jointure, ou des collections

purulentes intra-articulaires peuvent pénétrer dans la fosse iliaque après avoir rompu la capsule. Certains abcès iliaques pourraient être dus à la suppuration des ganglions tuberculeux de la région. Tous ces abcès, fémoraux, fessiers, iliaques, pelviens, peuvent être en communication avec l'articulation, qui dans ces conditions est le plus souvent transformée en une cavité remplie de pus grumeux, de débris de cartilage ou de petits séquestres; ou bien au contraire ils en sont indépendants, auquel cas les phénomènes morbides peuvent être surtout périphériques, l'articulation elle-même restant peu altérée.

Comme altérations de voisinage, il faut signaler l'atrophie musculaire rapide qui se fait d'une manière précoce, non seulement à la région de la hanche, mais dans tous les muscles du membre; une sorte de sclérose de la peau, dans certains cas avec production exagérée de poils sur le membre et particulièrement à la région externe de la cuisse, et aussi une friabilité par dégénérescence graisseuse du fémur à une certaine distance du foyer morbide articulaire (Poulet). Ce dernier auteur a examiné les filets nerveux qui siègent dans la région de la hanche; il les a trouvés atteints d'une névrite scléreuse, et il attribue à cette cause, bien plus qu'à l'immobilité prolongée à laquelle on soumet les coxalgiques, les troubles trophiques en question.

D'autres manifestations tuberculeuses peuvent coexister, dans les viscères surtout, à une période avancée de l'affection, dans les poumons, les méninges, les reins, etc.

**Symptômes.** 1<sup>o</sup> *Période de début.* — L'affection se manifeste au début, soit par de la douleur, soit beaucoup plus souvent par une gêne de la marche, une claudication. Quoi qu'il en soit du mode de début, les phénomènes sont tout d'abord intermittents; ils se montrent de temps à autre, à l'occasion d'une marche, d'un jeu un peu plus prolongé, puis ils disparaissent quelquefois pendant des mois. La douleur affecte des sièges variables; parfois elle se montre tout d'abord au genou, ou bien à la cuisse, parfois enfin elle siège à la hanche. On a donné différentes théories de la douleur à distance. Aucune d'elles ne rend compte du fait; peut-être vaudrait-il mieux invoquer les altérations des nerfs de la région trouvées par Poulet, et rattacher ces douleurs à une névrite.

A cette période de début, alors que les douleurs sont localisées

à la hanche en des points spéciaux, comme nous le verrons dans un instant, le diagnostic de l'affection est délicat, difficile. On pense souvent soit à du rhumatisme, soit à des phénomènes de croissance, soit même, quand le membre est atteint d'une atrophie précoce, à une paralysie infantile.

Cazin conseille aux diverses périodes de la coxalgie de pratiquer le *toucher rectal* et d'examiner ainsi la région interne de l'acétabulum: cette exploration pourra, au début de l'affection, révéler de la douleur et de l'empâtement alors que les autres signes font défaut du côté de la jointure; plus tard, indiquer la présence d'abcès, la perforation du cotyle, etc., et donner des indications précieuses sur l'état des parties et la détermination opératoire.

2<sup>o</sup> *Période d'attitudes vicieuses.* — Mais bientôt les symptômes s'accusent, un fait important, presque caractéristique, se produit; la cuisse se fléchit sur le bassin, le membre se place dans l'abduction et la rotation en dehors. Or, examiné dans cette attitude, que le malade soit debout ou couché dans son lit, le membre paraît *allongé*, et l'on dit qu'il y a *allongement apparent*. Ce phénomène tient à ce que le bassin est fortement incliné du côté malade et saillant en avant. De plus, phénomène corrélatif à la flexion de la cuisse, la région lombaire du côté malade présente une cambrure exagérée (ensellure lombaire). La fesse du côté malade est abaissée et aplatie, le pli fessier est abaissé, le sillon interfessier est dévié vers le côté malade. On a cherché de nombreuses explications à l'attitude vicieuse du membre: l'hydropisie articulaire, le gonflement des parties molles intra-articulaires, l'inclinaison du bassin, ont été successivement indiqués; mais ce ne sont que des hypothèses qui n'expliquent rien. Lannelongue pense que la rotation en dehors et l'abduction tiennent à la prédominance d'action des rotateurs externes de la cuisse.

A cette période caractérisée, les signes fonctionnels sont devenus très évidents. La douleur existe d'une manière à peu près constante; elle occupe trois points d'élection: à la partie antérieure de l'articulation, en dehors de l'artère; en arrière du trochanter, et fréquemment en dedans du droit interne, vers le petit trochanter; tous les mouvements de la jointure sont empêchés par la contracture, et notamment le mouvement d'abduction, phénomène qui existe parfois dès le début de la coxalgie et dont l'importance est très grande pour le diagnostic, ainsi que l'a montré Verneuil.

Traitée à cette période et dans les cas où les lésions osseuses et articulaires sont peu étendues, la guérison peut être obtenue dans de très bonnes conditions; il n'est même pas impossible que l'articulation récupère tous ses mouvements, mais il faut reconnaître que c'est un fait très exceptionnel. Il faut en effet se méfier des guérisons qu'on croit avoir obtenues après une immobilisation de six, huit ou dix mois; ce sont la plupart du temps de fausses guérisons; des rechutes se montrent, beaucoup plus graves que la première atteinte. Le plus ordinairement, la guérison survient avec ankylose, et raccourcissement de 2 à 5 centimètres dans les meilleurs cas, de 4 à 6 dans les moins favorables.

L'affection peut donc guérir sans avoir traversé toutes les phases des attitudes vicieuses; il n'est cependant pas rare de voir succéder à l'attitude que nous venons d'étudier une déviation du membre en sens inverse, c'est-à-dire une rotation *en dedans* avec *adduction*, la flexion existant comme dans le premier cas et, ordinairement même, étant plus prononcée. Avec cette attitude, on constate une *élévation* de l'épine iliaque antérieure et supérieure; le bassin est en même temps porté plus en arrière que du côté sain. La fesse du côté malade est élevée et saillante; le sillon interfessier est dévié vers le côté sain.

Il est clair que le membre semble *raccourci*, puisque la cuisse est fléchie et le bassin élevé; mais ce raccourcissement n'est que le résultat de l'attitude vicieuse, ce n'est pas un raccourcissement *réel*: le raccourcissement réel n'existe que lorsqu'il y a ankylose ou bien lorsque, par la progression des lésions, la cavité cotyloïde agrandie facilite le chevauchement de la tête fémorale en arrière.

De même que pour la rotation externe et l'abduction, on a cherché diverses causes à la rotation interne avec adduction; les auteurs ont surtout insisté sur la position que prennent les malades en se couchant sur le côté sain (Bonnet, Valette). Bien plus acceptable est l'opinion de Lannelongue, qui attribue la rotation interne et l'adduction surtout à la position de la tête fémorale, au chevauchement de cette dernière dans la cavité cotyloïde agrandie; et, de fait, l'adduction et la rotation en dedans ne s'observent guère que dans les coxalgies graves qui ont longuement duré, c'est-à-dire dans lesquelles on doit soupçonner des altérations osseuses étendues.

Arrivée à cette période, la coxalgie guérit dans de moins bonnes

conditions; grâce à un traitement bien dirigé, l'ankylose peut être obtenue dans une bonne attitude; mais souvent il sera bien difficile d'éviter la flexion, qui pourra s'accroître encore après la guérison. Dans tous les cas il faut compter sur un raccourcissement de 4, 5, 6 centimètres produit à la fois par la destruction de la tête fémorale, l'écullement de la cavité cotyloïde, la soudure prématurée du cartilage juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur et l'atrophie qui porte sur tous les segments du membre (cuisse, jambe, pied). Parfois encore la guérison s'effectue dans des conditions bien plus défavorables; la flexion est très prononcée ainsi que la rotation interne et l'adduction; la cuisse malade peut arriver à croiser la cuisse du côté sain. D'autres fois, il se fait une fausse articulation entre le reste de l'extrémité supérieure du fémur et la partie la plus reculée de la cavité cotyloïde agrandie, et dans cette pseudarthrose il peut persister des mouvements plus ou moins étendus.

Dans un grand nombre de cas, l'évolution de la coxalgie s'accompagne de la production d'*abcès*, variables comme époque d'apparition et pouvant occuper les divers points que nous avons énumérés dans l'étude des lésions. Tantôt ils apparaissent dès le début de l'affection, tantôt ils se produisent tardivement dans des coxalgies qui semblent guéries; dans l'un et l'autre cas ils sont liés à des altérations osseuses ou à des lésions extérieures à l'articulation; le plus souvent on les voit se développer pendant la période moyenne de l'affection ou période de destruction des parties articulaires. Ces abcès symptomatiques, qu'ils communiquent ou non avec l'articulation, aggravent le pronostic de l'affection. La gravité se tire surtout de la grande étendue des collections et de la difficulté de les aborder, dans les cas, par exemple, où elles envahissent en même temps le bassin et les parties péri-articulaires ou quand elles sont développées primitivement dans la fosse iliaque. Lorsque ces abcès siègent à la fesse, à la cuisse, à la hanche, même au voisinage des vaisseaux fémoraux, ils peuvent souvent être avantageusement traités par le grattage ou par les injections d'éther iodoformé. Après la guérison des abcès, l'affection peut se terminer favorablement par ankylose.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la coxalgie, difficile au début, comme nous l'avons vu, s'impose à la période des attitudes vicieuses. Peut-être dans certains cas pourrait-on confondre la coxalgie vraie avec la coxalgie hystérique. Dans cette dernière affection la douleur

n'est pas limitée à la hanche, elle s'irradie vers les régions voisines; enfin l'examen pendant l'anesthésie tranche la question; sous l'influence du chloroforme, on constate la disparition totale de la raideur et de la difformité lorsque la contracture des muscles constitue tout le mal; tandis qu'au contraire on n'obtient qu'un retour incomplet des mouvements quand la jointure est le siège d'une affection inflammatoire.

La *sacro-coxalgie* ou arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque se distingue de la coxalgie par le siège de la douleur, par la liberté relative des mouvements de la cuisse et leur liberté complète pendant l'anesthésie, par le siège de l'empâtement et des abcès qui se montrent au niveau de l'articulation sacro-iliaque et dans la région fessière.

L'*ostéite épiphysaire subaiguë non suppurante* ou *ostéomyélite* de l'adolescence, frappant l'extrémité supérieure du fémur, peut être très difficile à différencier de la coxalgie. Ce n'est qu'en tenant compte de la marche de l'affection, de l'état général du sujet, qu'on pourra établir le diagnostic.

De même, des lésions de voisinage, comme l'ostéite de l'extrémité supérieure du fémur ou de l'os iliaque, peuvent provoquer des attitudes vicieuses du membre faisant croire à la coxalgie, et ne sauraient être reconnues que par un examen minutieux de ces régions et de la hanche, le plus souvent avec l'aide de l'anesthésie.

Le diagnostic peut aussi être fort délicat avec la *péri-arthrite coxo-fémorale* (Duplay). Cette affection, qui a pour siège la vaste bourse séreuse située à la face postérieure du grand trochanter, donne lieu à la plupart des signes de la coxalgie. Il n'est guère possible d'en faire le diagnostic qu'en constatant l'intégrité des mouvements de la jointure sous le chloroforme et en tenant compte des résultats fournis par l'exploration directe s'il y a des abcès et des trajets fistuleux.

**Pronostic.** — Il ressort de tout ce qui vient d'être dit que la coxalgie est une affection grave; elle est grave comme affection purement locale, en ce qu'elle compromet le fonctionnement ultérieur du membre, même dans les cas les plus favorables; localement encore elle est redoutable par les suppurations auxquelles elle peut donner lieu, sources d'infection et d'épuisement. Enfin il est malheureusement trop fréquent de voir survenir pendant le cours de la

coxalgie d'autres manifestations tuberculeuses, dans les poumons, dans les méninges, etc. Ces complications se montrent surtout chez les enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques ou qui viennent réclamer des soins à une période avancée de l'affection; les choses se passent en général autrement pour les enfants de la classe aisée soumis à un traitement précoce et opportun; la suppuration se montre moins souvent et la guérison peut être obtenue avec un minime raccourcissement.

**Traitement.** — Il est local et général. On s'est depuis longtemps préoccupé d'instituer pour les malades atteints de coxalgie un régime reconstituant et tonique. L'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, constituent les bases de ce traitement; mais il faut y joindre une hygiène rigoureuse; l'immobilisation ne doit pas mettre obstacle à la vie au grand air, au soleil, et trouve un puissant auxiliaire dans le séjour au bord de la mer ou dans les stations thermales indiquées contre les manifestations de la scrofule et de la tuberculose (Bourbonne-les-Bains, Salins, Salies-de-Béarn, etc.).

Le traitement local est variable avec les phases de l'affection. Au début, on est d'accord pour conseiller l'immobilisation dans une bonne attitude. Si le membre est dans une position vicieuse (flexion avec abduction), le malade sera endormi, et le membre redressé pendant le sommeil sera immobilisé de suite dans une bonne attitude et après correction aussi complète que possible. Les appareils n'ont point fait défaut pour réaliser cette immobilisation: deux seulement ont survécu parmi les anciens: la gouttière de Bonnet et l'appareil de Verneuil, qui ont de nombreux partisans; enfin Lannelongue emploie depuis quelques années un appareil à *extension continue* qui semble présenter de précieux avantages. L'appareil de Verneuil consiste essentiellement dans une attelle métallique en T s'appliquant le long de la cuisse et embrassant le bassin et fixée par des tours de bande silicatée. Il a pour lui son bon marché et sa facilité d'application. L'immobilisation durera plus ou moins longtemps, suivant la gravité de l'affection: un an, un an et demi et quelquefois plus. On a préconisé comme adjuvants de l'immobilisation, les révulsifs, les vésicatoires, la cautérisation transcurrente; leurs bénéfices ne sont pas démontrés.

Depuis quelques années, le traitement qui paraît le plus favorable se propose de soustraire les surfaces osseuses à leur pression réci-

proque, tout en permettant une certaine mobilité de l'articulation et en laissant le malade prendre quelque exercice.

Dans la première période de l'affection, le malade doit être condamné au lit avec un appareil à extension continue, tel que celui de Lannelongue ou celui qui est employé couramment pour les fractures du fémur. Cette immobilisation au lit avec extension continue doit être conservée tant que le redressement du membre n'est pas complet et tant que persiste de la douleur.

Quand les déviations sont corrigées et les douleurs articulaires éteintes, le malade peut quitter le lit muni d'un appareil réalisant l'extension pendant la marche (Le Fort, Sayre, etc.).

L'apparition des abcès n'est pas toujours le signal d'une modification dans le traitement local. En effet, bon nombre de ces abcès sont liés à des altérations osseuses périphériques, extérieures, et il suffit souvent d'ouvrir largement ces abcès et de les gratter pour voir, après la rapide guérison de cette complication, l'affection suivre son cours. Souvent aussi, si ces abcès sont peu volumineux, si la peau est saine et ne menace pas de s'ouvrir, si le malade peut être mis dans des conditions hygiéniques favorables, ces collections seront abandonnées à elles-mêmes et pourront se résorber.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; lorsque les abcès sont dus à des altérations profondes de la hanche, lorsque des fistules conduisent sur les surfaces osseuses dénudées, quand l'attitude du membre indique une destruction des surfaces articulaires et une luxation ou une sublaxation de la tête, il faut réséquer les os malades, gratter et nettoyer le foyer morbide. On ne craindra pas, dans ce cas, de perforer la cavité cotyloïde et d'aller ouvrir ainsi un abcès pelvien. C'est ainsi que l'on comprend en France la résection de la hanche; on ne l'applique qu'aux coxalgies suppurées graves. A l'étranger, la plupart des chirurgiens font des résections hâtives, c'est-à-dire avant même que la suppuration se soit manifestée. On peut poser comme principe que la conservation doit être la règle; car au membre inférieur, l'*ankylose en bonne position* est supérieure, au point de vue fonctionnel, aux résultats que donne en général la résection; mais celle-ci ne devra pas être indéfiniment ajournée jusqu'au moment où le mauvais état général du sujet la rendra inutile: elle est indiquée dans les formes destructives de la coxalgie, où, malgré les efforts du traitement local et général, les lésions n'ont aucune tendance à la répa-

ration, menaçant par cette extension les parties voisines et compromettant la santé générale.

La résection est encore indiquée dans les formes douloureuses que l'immobilisation ne soulage pas et où l'on peut soupçonner un tubercule osseux central dans la tête ou le col du fémur; dans la luxation de la hanche avec déviation considérable du membre, ou bien dans une ankylose en mauvaise position.

En effet, si le traitement a été mal dirigé, l'ankylose peut s'être produite dans une attitude tellement vicieuse que le membre est inutile et gênant. Cette attitude est en général la flexion avec adduction et rotation en dedans.

Si l'on est bien sûr que les phénomènes inflammatoires sont complètement éteints du côté de la jointure, celle-ci sera redressée brusquement sous le chloroforme et immobilisée dans une bonne position.

Quelquefois la jointure résiste et le fémur se fracture au-dessous de son col ou à son extrémité supérieure et la correction est obtenue par cet artifice.

A cette manœuvre brutale du redressement, qui risque de réveiller les phénomènes d'arthrite et de briser le fémur en un point quelconque de son étendue, nous préférons de beaucoup l'ostéotomie sous-trochantérienne telle qu'elle a été pratiquée la première fois par Volkmann et répétée par un très grand nombre de chirurgiens.

Quand la guérison sera obtenue avec ou sans ankylose, l'électricité, les massages réveilleront l'action musculaire, sans qu'aucun mouvement soit exercé sur la hanche, en cas de soudure; la marche sera prescrite d'abord avec des béquilles.

## II

## SACRO-COXALGIE.

On doit réserver le nom de *sacro-coxalgie* aux lésions tuberculeuses de l'amphiarthrose sacro-iliaque: on a, en effet, décrit à tort sous ce nom diverses lésions survenues chez la femme pendant la grossesse ou après l'accouchement, qui doivent être distinguées de la sacro-coxalgie. Le relâchement de la symphyse sacro-iliaque, les arthrites rhumatismales ou d'origine génitale survenant dans cette articulation, doivent être décrites à part.