

manque; ici, comme que dans l'adéno-phlegmon iliaque suppuré, l'articulation de la hanche reste étrangère.

b. *Lésions osseuses.* — Il semble au premier abord difficile de confondre un mal de Pott avec une coxalgie; cependant l'erreur a été commise et elle s'explique dans une certaine mesure; on a vu en effet des abcès coxalgiques fuser dans le psoas et remonter dans la fosse iliaque. Néanmoins, les douleurs en ceinture et fulgurantes, la déformation de l'épine, etc, sont propres au mal de Pott. Le problème se complique notablement lorsque l'abcès par congestion vient à s'ouvrir dans l'articulation coxo-fémorale. Ces cas, malheureusement moins exceptionnels que ne le pensent quelques auteurs, se terminent de bonne heure par la mort.

L'ostéite de l'os iliaque est fort malaisée à distinguer de la coxalgie, d'autant plus que l'arthrite en est parfois la conséquence; l'exploration au stilet, s'il y a une fistule, fournira de précieux renseignements; en outre l'impotence fonctionnelle est bien moindre; le malade peut détacher le talon du lit, la percussion du talon, la pression trochantérienne ne réveillent pas les douleurs vives de la coxalgie. Il n'y a guère qu'une observation superficielle qui serait susceptible d'expliquer une erreur avec une sacro-coxalgie, car cette dernière siège beaucoup plus haut et les mouvements de la hanche conservent leur intégrité.

c. *Affections des muscles et des nerfs.* — D'après VERNEUIL, la rigidité des muscles de la cuisse pourrait simuler la coxalgie; il en serait de même de certaines contractures spasmodiques. A maintes reprises des douleurs rhumatoïdes ont été prises pour un début de coxalgie. C'est surtout avec la *coxalgie hystérique* caractérisée par la contracture douloureuse des muscles pelvi-trochantériens que la confusion pourra être faite. BRODIE est le premier auteur qui ait attiré l'attention sur cette question. Bien que l'article soit absolument sain, les deux affections offrent une grande ressemblance dans leurs symptômes; déformation de la hanche, flexion, rotation de la cuisse en dedans, adduction, raccourcissement apparent, ensellure lombaire, fixité de la hanche, marche impossible, douleur très vive au toucher, tels sont les principaux caractères de cette affection. Mais il suffit de l'anesthésie pour voir disparaître tout ce cortège trompeur; en outre on ne trouve pas la douleur profonde de la hanche accrue par la pression du talon; au contraire la souffrance consiste plutôt dans une hyperesthésie cutanée; le gonflement, la rougeur sont précoces, fugaces, limités à la peau. Enfin la coxalgie hystérique procédant par accès présente des rémissions. Relativement à l'âge, l'une atteint de préférence les enfants, l'autre les adultes hystériques.

Dans la *paralysie infantile* les déformations et la douleur n'existent pas; la contracture manque, et, lorsqu'on soulève l'enfant, le membre pend inerte.

La *sciatique* a été confondue avec une coxalgie, particulièrement au début de cette dernière (VALLEIX, GOSSELIN). Il suffira de constater les points douloureux spéciaux de la sciatique, l'intégrité de la hanche pour distinguer les deux affections; la démarche n'est pas la même, le malade atteint de sciatique salue en marchant. CROCCQ aurait noté la confusion de la coxite avec la névralgie du nerf crural.

Pronostic. — Nous avons vu que la gravité s'accroît à mesure qu'on passe d'une période à une autre; les auteurs sont loin d'être d'accord sur le pronostic de la coxalgie. HUETER pense que le chiffre des coxalgiques qui guérissent à la période fongueuse n'atteint pas 50 p. 100. En France les chirurgiens semblent un peu moins pessimistes. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la coxalgie osseuse avec suppuration et carie articulaire se termine bien rarement par guérison. D'après GOOD, la mortalité serait de 88 p. 100. Toutes choses égales la coxalgie des adultes paraît plus redoutable que celle des enfants; MARJOLIN, CAZIN ont appuyé sur des chiffres cette proposition. Ce dernier aurait observé que l'affection était plus maligne chez les enfants riches, mais cette opinion a été contredite. D'une façon générale, la forme acétabulaire offre moins de chances de guérison que les autres, et la complication d'abcès intra-pelviens contribue beaucoup à assombrir le pronostic.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que, même dans les cas qui se terminent favorablement, les fonctions de la hanche et du membre sont souvent compromises; l'ankylose, la luxation en arrière, l'atrophie des parties molles et des os, le raccourcissement du membre constituent de véritables infirmités. En 1881, à propos d'une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, plusieurs de ses membres ont avancé que la cure radicale de la coxalgie était très exceptionnelle; il est nécessaire de continuer les traitements pendant des années.

Traitement. — La question du traitement de la coxalgie a naturellement été surbordonnée aux idées régnantes sur sa nature. Jusqu'en 1840, la maladie était fort mal traitée, les chirurgiens se bornant à appliquer des topiques résolutifs, des révulsifs et à immobiliser très imparfaitement la partie. De 1840 à 1845 BONNET formula nettement le principe de l'immobilisation dans les appareils après redressement et correction des attitudes vicieuses. Plus tard il recommandait de chercher à rétablir les mouvements. Grâce à ces perfectionnements, les résultats obtenus dans la thérapeutique des coxalgies devinrent beaucoup meilleurs. Plus près de nous, la méthode antiseptique, la vulgarisation des résections articulaires, l'extension continue ont encore beaucoup contribué aux progrès du traitement des coxalgies.

Le traitement est médical ou chirurgical.

Traitement médical. — A toutes les périodes de la maladie le traitement médical a une influence considérable. Sans aucun doute on guérit autant de coxalgiques par l'hygiène et les moyens que nous allons indiquer que par le traitement chirurgical. D'ailleurs l'efficacité du traitement médical est d'autant plus active que l'affection est aux premières périodes; une alimentation réparatrice, l'aération, la soustraction du coxalgique au milieu où il s'est infecté, le séjour à la campagne, au bord de la mer, les bains de sable de mer, en résumé tout ce qui peut concourir à améliorer l'hygiène fera la base du traitement. Qu'on y ajoute l'administration des ferrugineux, de l'huile de morue, du phosphate de chaux, des vins généreux.

Les frictions, les douches, le massage, l'électricité, l'hydrothérapie, les eaux thermales sulfureuses d'Aix, Luchon, Uriage, les eaux chlorurées

sodiques de Salins, Salies (de Béarn), celles de Bourbonne, l'air de la mer rendent de grands services dans le traitement des coxalgies, mais on ne saurait y recourir indifféremment à toutes les périodes. En général ces moyens conviennent au début, dans les formes torpides et pendant la convalescence.

Traitement chirurgical. — *Première période.* — Les topiques et les révulsifs jadis vantés en pareil cas, sangsues, cataplasmes, onguents, frictions, cautérisations, ne jouissent presque plus de la faveur des chirurgiens. BONNET les utilisait en même temps que ses appareils. Tout au plus pourra-t-on conserver utilement l'ignipuncture avec le cautère Paquelin.

Dès que les douleurs deviennent plus vives, la marche plus pénible, la claudication très prononcée, il faut immobiliser la jointure; le repos dans une bonne position pourra suffire chez des personnes capables de comprendre leur situation. Cependant on ne devra pas, en principe, compter sur la volonté du patient; qu'il s'agisse d'adultes et surtout d'enfants il faut redresser le membre, chose encore assez facile, l'immobiliser ensuite dans un appareil plâtré, un appareil de GUERSANT, VERNEUIL ou dans la gouttière de BONNET.

L'extension continue à l'aide des poids permet de laisser la jointure malade à l'air et de la surveiller. Chez l'enfant indocile, l'appareil plâtré sera préférable.

Deuxième période; fongosités. — La coxalgie est confirmée, la hanche douloureuse, empâtée, présente des déformations plus marquées. Que convient-il de faire? En France on se bornait jusqu'à ces dernières années à corriger les attitudes vicieuses, à appliquer des appareils immobilisateurs; aujourd'hui l'extension continue avec les poids jouit d'une faveur méritée. En Allemagne quelques auteurs ont pensé que l'on pouvait utilement associer à ce traitement une thérapeutique locale plus active. Ainsi HUETER préconise les injections multiples et répétées d'une solution phéniquée de 3 à 8 p. 100, soit dans les tissus péri-articulaires ou la jointure, soit même dans le tissu spongieux des os, si l'on soupçonne une ostéite tuberculeuse. HUETER ne craint pas d'enfoncer une aiguille dans l'acétabulum ou la tête. Tant que le tissu osseux ramolli se laisse aisément perforer, il faut continuer les injections de manière à obtenir une sclérose. Ce chirurgien se loue des effets antiphlogistiques obtenus par ce moyen et il pense qu'en agissant ainsi on diminue sensiblement les chances de suppuration.

Du redressement des membres. — Cette intervention se propose un double but : 1° de diminuer l'inflammation et la douleur en modifiant la position des surfaces articulaires ; 2° de placer le membre dans une attitude qui soit, en cas d'ankylose, compatible avec la marche.

A cet effet on emploiera : *a.* le redressement brusque ; *b.* le redressement lent et manuel ; *c.* le redressement lent et progressif à l'aide de machines ; *d.* l'extension continue à l'aide des poids.

a. Redressement brusque. — Son nom indique suffisamment qu'il consiste dans la rectification en une seule séance de la situation du membre. Après anesthésie, des aides fixent solidement le bassin pendant que le chirurgien fait exécuter des mouvements à la hanche avec une grande circonspection. Le membre est ensuite immobilisé dans un appareil plâtré, silicaté, dextriné qui

doit comprendre tout le membre, l'abdomen et le bassin. Durant le premier jour la douleur est vive, mais dès le second tous les symptômes subjectifs s'amendent, le malade ressent un soulagement marqué et si l'appareil n'est pas trop gênant, au bout de peu de temps le coxalgique quitte le lit et marche avec des béquilles.

Ce serait une erreur de considérer ce redressement brusque manuel comme facile; l'opérateur éprouve parfois des résistances si fortes que depuis BONNET on a eu l'idée de pratiquer des sections musculaires et tendineuses sous-cutanées pour faciliter la mobilisation. BONNET se bornait à la section des adducteurs contracturés; BROCA (*Thèse de MONTALIER*, 1879) y associait la section du tenseur du fascia lata et du couturier.

b. Redressement lent et manuel. — Ce traitement recommandé par MELLET, GIBERT, BOUVIER convient particulièrement pendant la convalescence des formes subaiguës; il consiste à imprimer au membre des mouvements lents et graduels qui permettent de le ramener insensiblement dans la rectitude; son emploi est fort restreint.

c. Redressement lent par les machines. — Divers auteurs ont imaginé pour atteindre le même but des appareils mécaniques. Les plus connus sont ceux de MARTIN et COLLINEAU, LE FORT (1866), BLANC; ils ont l'avantage de permettre la marche; mais outre qu'ils sont dispendieux ils exigent des soins continus et font souffrir les malades.

d. Extension continue à l'aide des poids ou Distraction's Method. — Conseillée par LE SAUVAGE (de Caen) (1855), cette méthode aujourd'hui en grande faveur, a surtout été préconisée par les Américains (CROSBY, GURDON BUCK), d'où le nom de méthode américaine, et en Allemagne par VOLKMANN. On la pratique de deux façons différentes suivant que le malade marche ou reste couché.

L'idée de construire des appareils à extension continue facilitant la marche est des plus rationnelles, malheureusement sa réalisation présente des difficultés considérables. Malgré des essais multiples, malgré les perfectionnements apportés aux appareils américains de DAVID, SAYRE, TAYLOR, par LE FORT, ce moyen de traitement onéreux ne saurait être appliqué que dans un petit nombre de cas. C'est donc à l'extension continue à l'aide des poids que les chirurgiens accordent la préférence. ROSS (1854), et plus tard VOLKMANN furent les vulgarisateurs de la méthode; en France elle a été recommandée par BÆCKEL, MONOD. Les premiers qui l'employèrent croyaient que l'extension continue avait pour effet de séparer les surfaces articulaires; mais les recherches expérimentales de MOROSOF ont démontré que l'extension n'agissait pas ainsi. Il faut des poids de 40 à 50 livres pour obtenir un écartement de 0^m,001. Ce n'est que dans les cas où la synovite granuleuse a détruit les attaches ligamenteuses et le ligament rond, altéré la tête du fémur que cette interprétation pourrait avoir une certaine valeur. VOLKMANN, HUETER attribuent à la *Distraction's Method* une réelle valeur antiphlogistique pour BUSCH l'extension et par suite la correction de la déformation changeraient les points de contact des surfaces articulaires; enfin il n'est pas douteux que ce mode de traitement dont les effets sont excellents calme rapidement les dou-

leurs, combat avec fruit les contractures spasmodiques des muscles et diminue la pression réciproque des surfaces articulaires.

D'une application essentiellement simple, l'extension continue comprend d'une part l'extension sur l'extrémité inférieure du membre à l'aide des poids; des bandes de sparadrap collées sur la cuisse et la jambe et reliées à une attelle plantaire permettent d'exercer la traction par un système de poulie très simple fixé au pied du lit. La contre-extension varie suivant que la jambe est dans l'adduction, c'est-à-dire en apparence raccourcie, ou dans l'abduction et allongée. « La traction continue, dit BÆCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1878), redresse la position vicieuse, corrige les raccourcissements et les allongements qui en résultent et prévient les déformations ultérieures. Un membre raccourci est ankylosé dans l'adduction et généralement dans une certaine flexion. En appliquant le tube de contre-extension dans l'aîne du côté sain et en tirant sur la jambe du côté de la coxalgie on fait basculer le bassin de ce dernier côté; par là on détruit l'abduction ainsi que la flexion de la cuisse et le membre s'allonge en même temps que les douleurs disparaissent. Si la jambe est allongée, elle est dans l'adduction; la contre-extension devra alors se placer du côté malade mais il faudra établir une traction sur les deux jambes et plus forte sur la jambe saine que sur l'autre. Le poids suspendu à cette dernière est simplement destiné à calmer les douleurs, mais celui de la jambe saine, qui est plus fort, fera descendre le bassin de son côté et par là détruira l'abduction et rétablira l'égalité de longueur des deux membres. »

Les poids nécessaires à la traction varieront évidemment suivant l'âge des sujets et les circonstances. Pour un enfant 2 à 6 kilos suffisent; chez un adulte on peut aller jusqu'à 8 kilos. Assez souvent la contre-extension n'est pas nécessaire si l'on n'applique que quelques kilos ou en élevant les pieds du lit; l'emploi de la *Distraction's Method* doit être continué longtemps et on ajoutera des poids jusqu'à ce que la douleur disparaisse. Ce traitement a l'avantage de laisser la hanche libre, de permettre la station assise; son plus grand inconvénient est de condamner le malade au décubitus; enfin chez les enfants indociles il est parfois impraticable. Malgré cela les résultats sont excellents.

Beaucoup de chirurgiens ont associé le redressement après anesthésie à l'extension continue. Telle est en particulier la pratique d'OLLIER, CAZIN; l'extension n'est faite qu'après l'application d'un appareil silicaté.

Traitement des coxalgies suppurées. — Si les abcès, dans le cours de la coxalgie, sont susceptibles de se résorber, fait exceptionnel mais indéniable, il n'en faut pas moins considérer la suppuration comme un accident de mauvais augure. Aussi la thérapeutique doit-elle devenir beaucoup plus active pour être efficace. Autrefois il était de règle de temporiser, de respecter les abcès froids ossifluents coxalgiques comme les abcès par congestion. Tout au plus pratiquait-on la ponction aspiratrice en cas de nécessité. Or si cette conduite pouvait se justifier à une époque où l'ouverture des foyers purulents était presque toujours suivie d'accidents septicémiques, elle ne saurait être conservée actuellement. Il faut donc inciser de bonne heure et largement les foyers, les drainer (OLLIER), les gratter avec la curette, les cautériser avec le fer rouge ou la solution de chlorure de zinc, les panser à l'iodoforme. Les abcès

intra-pelviens n'échappent pas à cette règle; on les ouvre au-dessus du ligament de Poupart ou au périnée. Mais il y a un certain nombre d'abcès incurables et fatalement condamnés à la transformation fistuleuse; ce sont ceux qui communiquent avec un foyer de carie articulaire, avec un tubercule central. Pour ces fistules et pour ces abcès la thérapeutique ordinaire est presque toujours impuissante; il est indiqué d'enlever la cause du mal, créer une large voie pour l'élimination des produits nécrosés et l'on s'adressera à la résection pour atteindre ce but, surtout chez l'enfant. La désarticulation nous semble irrationnelle; très grave par elle-même, elle supprime un membre qui est souvent la partie la moins malade, et on court le risque d'oublier de gros tubercules acétabulaires comme sur la pièce représentée figure 253.

Indications de la résection. — On aura donc recours à la résection coxo-fémorale toutes les fois que l'exploration des abcès conduira dans une articulation fongueuse remplie de débris osseux, de séquestres. Le même traitement convient encore quand la coxite a une marche lente et progressive (OLLIER), lorsque la suppuration interminable indique qu'il n'y a aucune tendance à la réparation spontanée, surtout si les conditions hygiéniques favorables restent inefficaces. Si la température monte chaque jour de 38° à 39° avec des exacerbations vespérales, s'il y a en même temps de l'empâtement de la hanche, il faut intervenir. Beaucoup de chirurgiens, effrayés à tort par l'importance exagérée de l'opération n'osent pas agir s'il n'y a qu'une fistule. Et cependant c'est seulement dans ces conditions que les chances de succès sont favorables. Les résultats deviennent problématiques quand les épaisses parties molles de la région sont creusées de galeries et de fistules multiples.

Contre-indications. — Si la résection ne jouit pas d'une faveur égale en France et à l'étranger, cela tient assurément à l'idée que l'on se fait de l'opération; chez nous on l'a généralement considérée comme un pis-aller, une dernière ressource essayée *in extremis* tandis que les auteurs étrangers préconisent au contraire la résection hâtive. L'intervention n'a plus sa raison d'être lorsque les vastes suppurations ont compromis les parties molles de la région, détruit les muscles, lorsque le tubercule a profondément altéré les tissus. Les lésions étendues du bassin, doivent contre-indiquer l'opération. Tandis que quelques auteurs (ERICHSEN, DHOUDIN) pensent qu'un début de phtisie n'empêche pas de faire la résection, nous croyons au contraire qu'il est préférable de s'abstenir toutes les fois qu'il existe quelque complication mortelle que la résection ne saurait améliorer; telles sont la phtisie pulmonaire, l'amylose et la stéatose des viscères, la diarrhée colliquative. Agir dans ces conditions fâcheuses expose à voir l'évolution fatale avancée sans chances de succès, c'est discréditer par une application irrationnelle une opération excellente en elle-même. Cependant des faits récents publiés par E. BÆCKEL montrent que chez l'enfant la résection peut encore sauver la vie dans ces conditions.

Opération et résultats. — Sans entrer dans l'exposé des procédés opératoires, nous dirons seulement que la résection se pratique de plusieurs manières; les uns se bornent à abraser la tête du fémur et à nettoyer le cotyle; d'autres enlèvent tout le trochanter et font ainsi une large brèche; entre ces deux procédés se placent les méthodes d'OLLIER, KÆNIC, etc., qui cherchent à conserver

les attaches des muscles trochantériens, c'est une sorte de résection temporaire, d'opération préliminaire qui facilite la résection de l'article. Aujourd'hui la plupart des auteurs opèrent quel que soit l'état de l'acétabulum. LE FORT, BARWELL, HANCOCK, OLLIER, CAZIN, BÆCKEL nettoient le cotyle et au besoin trépanent son arrière fond si le toucher rectal leur a permis de soupçonner l'existence de collections post-acétabulaires. Nous ne saurions trop recommander de s'attacher à enlever toutes les parties qui paraissent malades, aussi bien des os que les parties molles.

WHITE, en 1821, pratiqua le premier la résection coxo-fémorale; accueillie avec une faveur croissante à l'étranger, cette opération se vulgarisa fort lentement en France malgré les travaux de LE FORT (1861). Les résultats qu'elle a fournis sont assez nombreux pour que l'on puisse en tirer quelques conclusions. D'une façon générale elle réussit mieux chez les enfants qu'à l'âge adulte. Comme le dit KÆNIC, chez ces derniers la résection est bien plus grave, mais ils ne peuvent guérir sans résection.

Sur cent soixante-seize (176) résections LEISRINK relève cent cinq (105) morts = 63,6 p. 100; vingt-quatre (24) ont succombé à des affections accidentelles (22,8 p. 100) (pyémie, septicémie).

23	soit	21.8	p. 100	à l'épuisement (tuberculose probable).
12	—	11.5	—	à la phtisie.
3	—	2.8	—	à la gangrène.
8	—	7.5	—	à l'amylose.
4	—	3.6	—	au progrès de la carie.

DHOURDIN attribue la mortalité à l'ostéomyélite consécutive du fémur. JACOBSEN, dans une statistique plus étendue, portant sur deux cent cinquante (250) cas trouve une mortalité qui ne s'élève plus qu'à 54,8 p. 100. Or cet auteur, en comparant les résultats fournis par l'expectation dans les coxalgies suppurées, compte 26,98 p. 100 guéris pour 73,2 morts. L'avantage reste donc à la résection, même en tenant compte des coxalgies inopérables.

J. ASHURST a dressé, d'après CULBERSTON, une statistique des résections pour coxalgie encore plus complète que les précédentes. Sur quatre cent soixante-dix (470) résections il y a eu deux cent trente-quatre (234) guérisons cent quatre-vingt-douze (192) morts et quarante-quatre (44) opérations dont les résultats sont inconnus; pour des cas où la terminaison est indiquée la mortalité ne serait donc que de 45,1 p. 100; HUETER croit qu'avec les progrès des pansements ce chiffre de léthalité s'abaissera davantage. Les plus grandes chances de succès s'observent dans les opérations pratiquées chez les enfants de cinq à dix ans et entre le neuvième et le dix-huitième mois de la coxalgie. La simple décapitation du fémur offre moins d'avantages que la résection totale avec ablation du grand trochanter, dont OLLIER n'est pas partisan.

E. BÆCKEL (1885), sur trente-deux (32) résections dont vingt et une (21) pratiquées avant l'ouverture des abcès a eu vingt-quatre (24) guérisons (mortalité 25 p. 100). Parmi les huit (8) opérés qui ont succombé, cinq (5) sont morts de tuberculose pulmonaire ou méningée quelques semaines ou quelques

mois après l'opération. Ces résultats très satisfaisants, puisqu'ils ont été obtenus sur des enfants gravement atteints (six (6) avaient des abcès de la fosse iliaque interne, trois (3) de l'albuminurie, deux (2) de l'ostéomyélite du fémur), montrent tout le parti que le chirurgien pourra tirer de cette opération.

Quant au rétablissement des fonctions, la résection de la hanche donne des résultats satisfaisants. Ainsi sur deux cent trente-quatre (234) résections, CULBERSTON compte soixante-douze (72) guérisons parfaites (30,8 p. 100), cent six (106) membres utiles (43,5 p. 100), treize (13) insuccès (3,6 p. 100). Les renseignements manquent pour 18,4 p. 100. DHOURDIN dit que les petits malades de Berck-sur-Mer se lèvent en moyenne au bout d'un mois ou six semaines.

Suivant BÆCKEL, sous le rapport de la rapidité de la guérison, la résection est bien supérieure à l'expectation; seize (16) de ses opérés ont guéri en six mois ou un an. Les coxalgies traitées par l'expectation exigent autant d'années pour la guérison qu'il faut de mois après la résection.

Néanmoins il ne faut pas laisser ignorer que bien souvent une ou plusieurs fistules persistent longtemps, surtout lorsque le bassin est intéressé et les continuations ou les récidives nécessitent parfois une nouvelle opération. Le raccourcissement ne dépasse guère 0^m,04 ou 0^m,06, infirmité que l'on pallie au moyen d'une chaussure spéciale. Des opérés ont pu faire plusieurs kilomètres sans trop de fatigue; suivant HUETER le petit trochanter viendrait prendre la place de la tête dans l'acétabulum et faciliterait ainsi la création d'un point d'appui pour la marche.

Si malgré les soins ultérieurs la plaie opératoire après la résection restait fistuleuse, si la suppuration ne se tarissait pas, faudrait-il renoncer à toute tentative. Un certain nombre de praticiens ont fait en pareille circonstance la désarticulation coxo-fémorale et les résultats sont bien moins désastreux que pour la désarticulation primitive.

Traitement éloigné des coxalgies. — Lorsqu'au bout d'un traitement suffisamment prolongé le chirurgien consent à enlever les appareils, l'extension, l'immobilité, sa tâche n'est pas terminée; il reste encore des troubles fonctionnels multiples qu'une thérapeutique rationnelle peut diminuer à la longue. Les frictions modérées, une gymnastique progressive très prudente, l'électricité, le traitement par les bains de mer, les eaux chlorurées sodiques, rendent tous les jours des services. Mais le médecin ne doit pas perdre de vue que les formes sèches et indolentes de la coxalgie sont sujettes à rechute et que des manœuvres trop brusques, intempestives sont, dans quelques cas, le point de départ de réveils fâcheux. Dans le but de remédier aux contractures musculaires persistantes, on a eu maintes fois recours à la section sous-cutanée avec profit. Il est un dernier point sur lequel nous appellerons l'attention, la persistance de la déformation ou de l'attitude vicieuse après la guérison. VERNEUIL qui a spécialement insisté sur cette question en a, croyons-nous, nettement indiqué la cause. Il n'y a plus de coxalgie, mais il y a une paralysie persistante des fessiers et le membre abandonné à l'action des antagonistes (adducteurs) prend l'attitude vicieuse caractéristique, la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Le chloroforme le démontre; l'emploi continu de l'électricité, en améliorant les fessiers, fait disparaître partiellement cette position