

une dépression rétrotrochantérienne. Mais la hanche devient saillante et la jambe paraît raccourcie.

Dans le cas type, coxa vara des adolescents, c'est l'attitude du membre inférieur qui attire surtout l'attention.

L'inflexion du col détermine l'ascension du grand trochanter et la limitation de l'adduction ; la convexité antérieure du col détermine l'attitude de rotation externe et limite la rotation en dedans. La mobilité articulaire est compromise ; le raccourcissement est souvent prononcé, car il s'agit d'un affaissement notable, quelquefois même d'un véritable effondrement du col fémoral (Alsberg) (fig. 272). L'adduction peut être telle que les jambes se mettent en ciseaux comme dans la paralysie spinale spasmodique, avec cette différence, toutefois, que dans cette dernière affection il y a flexion du genou et de la hanche. A la palpation on constate seulement l'élévation du grand trochanter dont la face externe tend à se diriger en arrière. Quand le sujet fléchit les genoux, ce n'est plus sur le même plan horizontal.

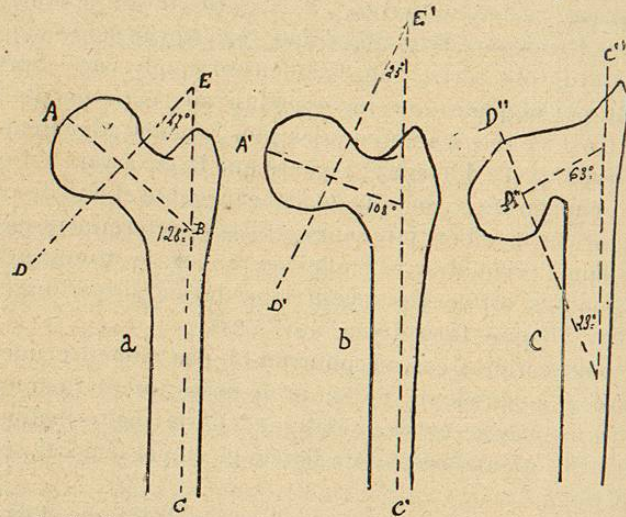


Fig. 272. — Angle d'inflexion et angle de déviation dans la coxa vara. — a, angle d'inclinaison normal, ABC (128°); angle de déviation DEC (47°); — b, affaissement du col, angle d'inclinaison (108°); angle de déviation (25°); — c, coxa vara plus marquée : angle d'inclinaison (67°); angle de déviation (23°) (Alsberg), *Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie*.

Quand la lésion est unilatérale, ce qui est le cas le plus fréquent, la démarche du malade est assez caractéristique ; le sujet élève le bassin du côté du pas à faire, puis il porte en avant la jambe correspondante en décrivant un arc de cercle de façon à l'amener en face de l'autre. Ce serait une combinaison du « mouvement de faux » des amputés avec pilon et du plongeon de la luxation congénitale, mais un plongeon limité. Lorsque le sujet veut se mettre à genoux, il est obligé de croiser les jambes.

Quand la lésion est bilatérale, les genoux s'entre-croisent, le tronc est incliné en avant.

Variétés. — Pour préciser l'intensité de la déviation, on pourrait mesurer le degré d'adduction du fémur par un angle dont un des côtés serait représenté par une perpendiculaire passant par le grand trochanter et le deuxième côté par une ligne suivant le grand axe du fémur en adduction (Alsberg).

La distance trochantéro-malléolaire est diminuée du côté malade, mais cette différence ne peut servir à la mensuration. Hofmeister conseille de mesurer l'angle limite de la rotation interne par rapport au plan sagittal, l'angle limite de la rotation externe par rapport au plan frontal du corps, et enfin les angles de flexion et d'extension.

Dès 1894, Hofmeister (1) distingua plusieurs variétés cliniques ; ce sont les trois suivantes. Dans la première, on note surtout l'ascension du grand trochanter. La diminution du mouvement d'adduction par suite de l'affaissement du col du fémur en bas et la rotation en dedans ou en dehors sont plus ou moins marquées.

Dans la deuxième variété, on note surtout l'ascension du grand trochanter et la rotation externe avec limitation de la rotation interne ; le col est incurvé en bas et en arrière et le sommet de l'angle est dirigé en avant. Dans la troisième forme, très rare, il y a surtout ascension du trochanter avec rotation de la jambe en dedans. Il y aurait dans ce cas une forte déviation de la tête fémorale en bas et en avant.

Ces différentes formes peuvent coexister ; ainsi, chez un malade, il peut y avoir à droite une rotation en dedans et à gauche une rotation en dehors. D'autres fois, l'adduction est le signe prédominant et la rotation est aussi bien limitée en dedans qu'en dehors.

On note souvent un léger degré de genu valgum compensateur. Köcher voudrait que l'on donnât le nom de coxa adducta aux formes décrites par E. Müller dans lesquelles l'adduction prédomine (fig. 273). Motta a insisté sur les formes légères s'observant chez l'enfant atteint de rachitisme généralisé ; la difformité est légère, bilatérale.

(1) HOFMEISTER, *Beiträge für klin. Chir.*, 1894.

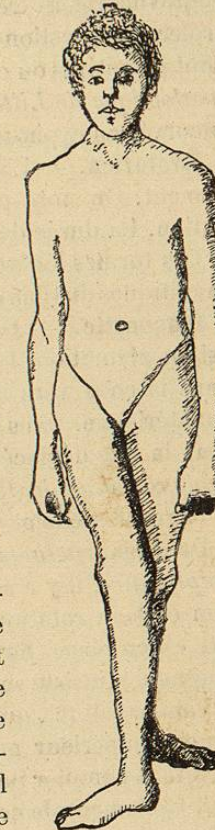


Fig. 273. — Attitude du membre inférieur droit dans la coxa vara des adolescents (Kocher).

Parfois il y a en même temps une courbure rachitique de la diaphyse fémorale, ou un genu valgum, un pied plat, une scoliose (obs. de Whitman, obs. pers.). Motta (1) pense que beaucoup de scolioses sont dues à des lésions du col fémoral, entraînant une déviation du bassin et par suite une déviation latérale du rachis. Cette théorie est très intéressante et nous nous proposons de la contrôler. La question est de savoir si toutes ces lésions concomitantes sont primitives ou consécutives. Dans un cas de Guermontprez (*Société anatomique de Lille*, 1900), quand le malade s'asseyait le rachis était incurvé, en cyphose très marquée.

Évolution. — L'affection marche assez rapidement et progressivement. On note parfois des alternatives de rémission et d'exacerbation. La durée de l'évolution de la lésion est de un an, parfois plus.

Les formes légères peuvent disparaître. Comme pour les déviations rachitiques du tibia et la tarsalgie, à la longue les déviations s'atténuent.

Diagnostic. — Dans les luxations publiennes, le membre inférieur est en abduction, la région trochantérienne est aplatie, tandis que dans la coxa vara il y a adduction légère et saillie de la région trochantérienne. Dans la luxation iliaque, il y a rotation interne et on sent la tête déplacée. La radiographie permettra de reconnaître la subluxation de la tête fémorale par fracture du sourcil cotyloïdien et l'agrandissement du cotyle.

Dans les fractures anciennes du col fémoral, et dans le décollement épiphysaire, il y a ascension du trochanter, diminution de l'abduction et de la rotation interne, mais la radiographie montrera que la tête est en place (Sayre). Au Congrès de chirurgie allemande de 1899, Sprengel a insisté sur la difficulté de ce diagnostic dans certains cas.

Rammstedt (2), qui a étudié également le décollement épiphysaire fémoral supérieur, nous a montré que c'est surtout sur la radiographie qu'il faut compter pour faire ce diagnostic. Kredel (3) et Whitman (4) sont également de cet avis.

Dans la luxation congénitale de la hanche, les mouvements sont plus étendus qu'à l'état normal, tandis qu'ils sont limités dans la coxa vara; il y a un glissement vertical du fémur quand on le repousse en haut; on sent la tête quand on met le fémur en forte adduction avec flexion et rotation interne.

L'incurvation rachitique sous-trochantérienne se reconnaît à la palpation.

Dans la coxalgie, il y a bien parfois au début une rotation externe, mais il y a abduction et demi-flexion; la tête fémorale n'est pas mobile; il y a des douleurs, de la fièvre, du gonflement, de l'atrophie mus-

(1) MOTTA, *Archivio di Ortopedia*, 1898, p. 265.

(2) RAMMSTEDT, *Arch. f. klin. Chir.*, 1900.

(3) KREDEL, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band LIX.

(4) WHITMAN, *Transact. of the American orthop. Association*, 1897, et *Annals of Surgery*, 1900.

culaire et de l'adénopathie. Ogston (1) donne le nom d'épreuve de Thomas au signe suivant: si, sur un malade couché sur le dos, on fléchit fortement la cuisse saine sur le bassin, le creux poplité du côté malade ne peut pas toucher le plan du lit s'il s'agit de coxalgie, Ogston signale en outre des modifications dans les rapports de l'épine iliaque antérieure et supérieure et le sommet du grand trochanter formant le triangle de Bryant. Enfin la coxalgie peut se compliquer de coxa vara. Dans l'ostéite du grand trochanter, le col peut s'affaïsser; la radiographie permettra de préciser le siège de la lésion.

L'évolution aiguë permettra de reconnaître les ostéomyélites du col fémoral. La radiographie et l'évolution chronique feront diagnostiquer les déformations de l'arthrite déformante coxo-fémorale.

En somme, c'est la radiographie qui permettra de faire le diagnostic exact, puisque la mauvaise attitude peut se rencontrer dans la coxo-tuberculose, dans l'arthrite sèche, la luxation congénitale, les luxations antérieures et acquises, les fractures du col fémoral, la paralysie infantile.

Pronostic. — La guérison spontanée est assez fréquente du fait du simple repos (Hofmeister) (2). Dans quelques cas, il est assez grave au point de vue fonctionnel. En somme, il faut actuellement subdiviser les cas en cas légers ne donnant lieu qu'à une très légère déformation, et en cas graves nécessitant une intervention.

Comme complication, signalons la tuberculose coxo-fémorale, car nous croyons en avoir observé un cas.

Traitement. — Chez l'enfant, le diagnostic une fois porté, il faut prescrire le traitement interne du rachitisme et de plus le repos. On fera de l'extension continue en abduction et en rotation interne (Rotter). Les muscles seront massés et avec le temps on reprendra progressivement la marche. Cette simple méthode donna de bons résultats dans un grand nombre de cas [Borchard (3), Hofmeister].

Quand l'affection est constituée, on a conseillé de corriger le raccourcissement avec un soulier surélevé; celui-ci n'est suffisant que pour les cas légers. Le plus souvent, il faudra recourir aux interventions sanglantes. Cependant Vulpius a proposé le redressement forcé sous chloroforme après ténotomie sous-cutanée des adducteurs.

La résection de la hanche a été faite par Müller, Hoffa. Köcher fit ensuite l'implantation du petit trochanter dans le cotyle et obtint une guérison avec mobilité et raccourcissement de 4 à 7 centimètres.

Kraske a fait l'excision cunéiforme du col; il enleva un coin d'os dont la base supéro-antérieure siégeait au niveau même du sommet de la courbure, puis il corrigea l'attitude vicieuse par l'extension continue. Pour faire cette excision, il pratiqua une incision anté-

(1) OGSTON, *Coxa vara (Practitioner)*, avril 1896.

(2) HOFMEISTER, *Beiträge zur klin. Chir.*, Band XXI.

(3) BORCHARD, *Centralbl. für Chir.*, 25 mai 1897.

rieure longitudinale passant le long du bord externe du fascia lata. Petersen Rydygier et Watson Cheyne firent la même opération.

Cette opération de Kraske a été exécutée aussi par Hofmeister et Nasse (1), mais avec des résultats divers. Whitman (2) dit s'en être bien trouvé.

Rüdinger, Hofmeister, Bardenheuer préfèrent l'ostéotomie linéaire du col, parce que le col est souvent trop court pour faire l'opération proposée par Kraske.

L'ostéotomie sous-trochantérienne, préconisée par Keetley, Schultz (3), R. Whitman et Tubby (4), Cheyne, est un palliatif; elle corrige la difformité, c'est-à-dire l'adduction, mais les mouvements articulaires restent limités. — Hoffa, dans un cas, fit avec succès l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, et il sectionna les adducteurs à leur tiers supérieur. — L'ostéotomie fut faite de dehors en dedans et de bas en haut. Il mit le membre à l'extension continue avec abduction. Le raccourcissement fut très diminué. Weiss et Fröhlich (5), ayant constaté que l'abduction était empêchée par le contact entre le sommet du grand trochanter et l'os iliaque, ont proposé de réséquer le sommet du grand trochanter.

En somme, le traitement variera suivant la nature et les variétés de coxa vara, c'est-à-dire l'intensité des lésions et leur siège.

B. — Coxa valga des adolescents.

En 1894, nous avons donné le nom de *coxa valga des scoliotiques* à une déviation du col fémoral caractérisée par l'inflexion, la rotation en avant, d'où résulte une rotation externe avec abduction du membre; les mouvements articulaires sont conservés. — Nous avons observé cette lésion deux fois (6) (fig. 274). Les sujets étaient porteurs d'une bosse dorsale droite très volumineuse. Pour marcher droit, ces bossus, qui paraissent toujours marcher contre le vent, sont obligés de porter le membre inférieur droit en abduction et en rotation externe exagérée.

(1) NASSE, *Sem. méd.*, 1897, p. 145.

(2) WHITMAN, *Acad. de méd. de New-York*, 21 oct. 1898.

(3) In BAYER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band XLV.

(4) TUBBY, *British med. Journ.*, 23 juillet 1898; CHEYNE, *Lancet*, 15 fév. 1899.

(5) FRÖHLICH, *Soc. de méd. de Nancy*, 12 déc. 1901.

(6) L'articulation était saine sans traces de tuberculose. Au niveau de la face postérieure du col, il existait une légère hyperostose et un petit trajet conduisant dans une cavité du col ayant le volume d'une grosse noisette. Le contenu de cette cavité renfermait quelques débris caséiformes, mais nous pensâmes être en présence d'une cavité consécutive à de l'ostéoporose et non à de la tuberculose. A la coupe, il n'y avait aucune trace de fracture du col. Le membre inférieur était en rotation externe exagérée, les mouvements de rotation interne et d'adduction étaient très limités. La face antérieure du fémur était tout à fait externe; le grand axe du col était presque antéro-postérieur, au point que si on avait voulu mettre la face antérieure en avant, l'angle de déclinaison était de 110°; le col était donc en rétro-déclinaison. Il était très abaissé: l'angle d'inclinaison était de 15°.

Ce qui caractérise la coxa valga, c'est l'abduction du membre, qu'il y ait rotation interne ou externe, et la conservation plus ou moins complète des mouvements articulaires, mais il n'y a pas d'ankylose.

En 1897, Thiens (1) a signalé la *coxa valga traumatique* au cours d'une fracture du col du fémur, avec allongement du col provoquant un allongement du membre et une abduction; le col se place plus ou moins dans l'axe du fémur. Le bassin s'incline du côté correspondant. L'articulation coxo-fémorale conserve sa mobilité.

Nous rapportons plus loin (p. 1083, note 1) un cas de coxa valga compliquant un genu valgum rachitique que nous avons trouvé décrit dans la thèse de Grisel.

Au point de vue du *diagnostic*, on se rappellera que l'abduction du membre avec rotation externe et conservation de la mobilité articulaire s'observe parfois dans certaines formes de coxalgie guéries avec quelques mouvements, dans certaines névralgies sciatiques avec scoliose, dans certains cas de jambes en ciseaux et de coxa vara du côté opposé.

L'ankylose de la hanche en abduction et rotation externe se reconnaîtra aisément et se distinguera de la coxa valga des rachitiques, puisque ici les mouvements sont conservés.

Le *traitement* de la coxa valga des scoliotiques n'existe pas, puisqu'il s'agit d'une déviation de compensation utile et nécessaire. Dans la coxa valga après fracture, une ostéotomie du col ou sous-cervicale corrigerait la difformité.

(1) THIENS, Congrès des chirurgiens allemands, avril 1897 (*Sem. méd.*, 1897, p. 146).

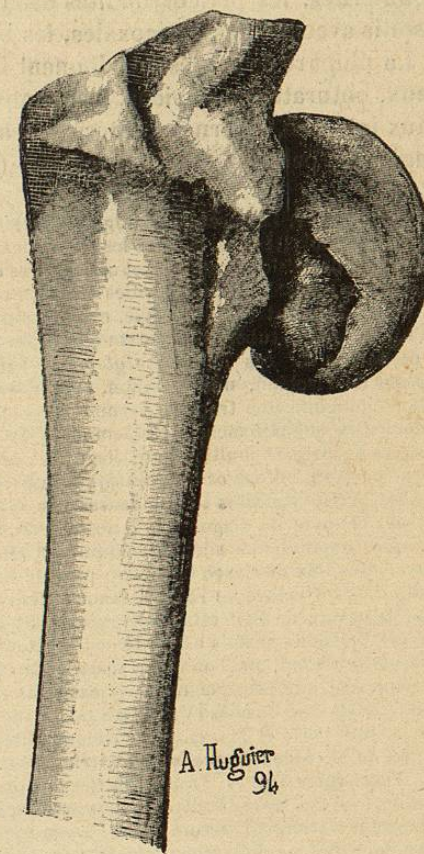


Fig. 274. — Col du fémur en déviation coxa valga (Obs. pers.).