

Comme nous l'avons déjà dit, ces lésions destructives portent principalement sur la partie postéro-supérieure de la cavité cotyloïde; aussi la tête du fémur glisse-t-elle surtout dans cette direction au point d'abandonner complètement la cavité cotyloïde et de donner naissance à une luxation. Cette évolution se fait le plus souvent d'une manière lente et progressive. Peu à peu la tête remonte dans la cavité cotyloïde agrandie; il en résulte un raccourcissement qui, cette fois, n'est plus seulement apparent, mais qui est bien réel. Enfin, à un moment donné, la tête fémorale franchissant les limites de la cavité acétabulaire, devient libre dans la fosse iliaque externe; la luxation est alors définitivement constituée. Mais, il faut bien le dire, ces deux états pathologiques sont loin d'avoir la même fréquence; ce qu'on observe dans la plupart des cas, c'est le glissement simple de la tête fémorale, son chevauchement sur le bord postérieur de la cavité cotyloïde. Dans des cas plus rares, la tête ayant complètement abandonné sa cavité de réception, devient libre dans la fosse iliaque externe, où la main la sent se mouvoir pendant les déplacements communiqués au membre correspondant. Quand la luxation est complète, l'adduction et le raccourcissement s'accroissent encore davantage. Nélaton a indiqué un procédé qui permet de se rendre compte des rapports existant entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur. Si l'on place le membre inférieur dans la demi-flexion, on observe que les trois saillies représentées par l'épine iliaque antérieure et supérieure, le sommet du grand trochanter et la tubérosité de l'ischion sont sur une même ligne oblique en bas et en dedans; au contraire, s'il existe une luxation complète ou partielle, le grand trochanter est remonté au-dessus de la ligne précédente, dite en clinique *ligne de Nélaton*. Dolbeau a fait une restriction sur la valeur du signe précédent basée sur ce que, chez les jeunes enfants au-dessous de trois ans, le grand trochanter est un peu au-dessous de la ligne ilio-ischiatique, de sorte que le fait de se trouver au niveau de cette ligne implique déjà, à cet âge, un certain degré d'ascension de la tête fémorale.

Bien qu'étant de beaucoup la plus fréquente, la luxation iliaque ne représente pas la seule variété de déplacement qu'on puisse observer dans la coxalgie. Il est encore quelques variétés exceptionnelles que nous devons indiquer. C'est ainsi qu'on a vu des luxations se faisant en dedans, dans le trou obturateur. Dans cette variété indiquée par Portal, Audran, Marjolin, Gibert, le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors. Il y a un raccourcissement manifeste; la tête fait saillie dans le pli de l'aîne, et soulève les organes contenus dans le triangle de Scarpa, artère fémorale et masses ganglionnaires.

On a observé également (Nélaton, Stanley) des exemples de luxations en haut et en dedans, sur le pubis. La tête du fémur est plus élevée que dans le cas précédent, et plus facilement reconnaissable à travers les parties molles. Le raccourcissement est aussi plus marqué.

M. Lannelongue⁽¹⁾ rapporte dans ses *Leçons*, et figure un cas de luxation directe en haut, entre l'épine iliaque antérieure et inférieure, et l'éminence iléo-pectinée. L'abduction était modérée, le membre dans l'extension, la tête faisant un relief très prononcé en haut, en dehors des vaisseaux; le grand trochanter, situé plus antérieurement que d'habitude, se trouvait sur la ligne verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le même auteur a rencontré deux exemples de luxation en bas, soit directement en bas sur

(1) LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*, fig. 25, p. 87.

l'ischion, soit en bas et en arrière. « Dans cette variété, dit M. Lannelongue, le membre est fléchi sur le tronc, quelquefois au point que la cuisse est accolée à la paroi abdominale; il est aussi en adduction. En examinant la fesse, on voit et on sent la tête fémorale au-dessous du grand trochanter, au-dessus de l'ischion. L'épine iliaque antéro-supérieure, le sommet du grand trochanter, le centre de la tête fémorale et la pointe de l'ischion sont sur une même ligne presque verticale, ou un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors. » J'ai observé un exemple de luxation directe en bas chez un petit malade des Enfants-Assistés; la tête fémorale reposait sur la tubérosité de l'ischion.

Roux et Gibert ont rapporté chacun un exemple de luxation dans l'échancrure sciatique. Enfin l'on peut considérer comme une variété de luxation la pénétration de la tête dans le bassin, grâce à une perforation de la cavité cotyloïde. Dans ce dernier cas, le raccourcissement est très marqué; l'attitude du membre n'est pas fixe; il est en extension; mais on a pu rencontrer, soit l'adduction avec rotation en dedans, soit l'abduction avec rotation en dehors.

Abcès. — La destruction progressive de la tête et de la cavité cotyloïde, amenant le chevauchement et même la luxation spontanée, peut se produire sans suppuration; mais habituellement la production du pus accompagne les altérations profondes des os.

Les abcès qu'on rencontre dans la coxalgie peuvent reconnaître une triple origine; ils dépendent de la fonte purulente des lésions tuberculeuses des parties osseuses ou de la synoviale elle-même; ils peuvent aussi provenir quelquefois des infiltrations caséuses des ganglions voisins. Dans ce dernier cas, ils sont d'abord péri-articulaires; mais ils peuvent secondairement communiquer avec l'articulation.

D'après la marche suivie par la suppuration, les abcès symptomatiques de la coxalgie peuvent être divisés en trois groupes: les abcès cruraux, fessiers et pelviens.

1° *Abcès cruraux.* — Ils se développent fréquemment à la partie antérieure de la cuisse, soit au côté externe, au niveau du bord externe du couturier, soit en dedans, au niveau des muscles adducteurs, vers le trou ovale. Parmi ces abcès, il en est qui descendent jusqu'au niveau de la région du genou; d'autres remontent, en suivant un trajet récurrent, vers le bassin. Tantôt ils suivent le trajet des vaisseaux fémoraux; tantôt ils remontent dans l'épaisseur du psoas, ils peuvent même, passant par le trou ovale, pénétrer dans le bassin (Gibert). Il n'est pas rare de voir, chez un même malade, deux abcès cruraux, siégeant l'un à la partie externe de la cuisse, entre le couturier et le tenseur du fascia lata, l'autre à la partie interne, dans la région des adducteurs, et communiquant l'un avec l'autre. Ici, comme dans toutes les articulations, la marche du pus est subordonnée à la disposition des ligaments. Bridée par le très fort ligament de Bertin, la suppuration se fait jour, soit en dehors de lui, au niveau du fascia lata, soit en dedans, dans la région des adducteurs.

2° *Abcès fessiers.* — Ce sont généralement ceux qui naissent de la partie postérieure de l'articulation. Tantôt ils ont un trajet ascendant et viennent s'épanouir au-dessous du grand fessier; tantôt ils descendent vers la cuisse, ils peuvent même contourner, d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, le col du fémur pour venir se montrer à la partie interne de la cuisse. Dans d'autres cas, ils pénètrent dans le bassin, en passant par les échancrures sciatiques, ou par une perforation de l'os iliaque.

5° *Abcès pelviens.* — Ils ont pour point de départ les altérations de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. Parfois ils restent indépendants de l'articulation; mais, dans d'autres cas, ils communiquent avec la jointure, à la faveur d'une perforation cotyloïdienne. C'est ce qui existait chez une femme à laquelle j'ai pratiqué la résection de la hanche gauche. La tête du fémur enlevée, nous rencontrâmes dans l'articulation un séquestre qui n'était autre que l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. Par la perforation existante, nous pûmes pratiquer le drainage d'un volumineux abcès de la fosse iliaque. Les abcès pelviens peuvent remonter dans la fosse iliaque interne, et même, perforant l'aponévrose iliaque, venir faire saillie derrière la paroi abdominale antérieure, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ils peuvent aussi sortir du bassin, soit par les deux échancrures sciatiques, soit par le trou obturateur. On les a vus également s'ouvrir dans les différents viscères, le rectum, l'urèthre, la vessie, le vagin, ou dans la cavité péritonéale. Il est des cas dans lesquels la suppuration se propage comme une véritable traînée d'incendie à tous les tissus articulaires et juxta-articulaires, elle envahit simultanément la cuisse, le bassin et la région fessière, et l'on voit coïncider chez un même malade les trois variétés d'abcès que nous avons énumérées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la coxalgie, au début surtout, peut présenter de sérieuses difficultés. En effet, comme nous l'avons déjà fait observer, l'articulation profondément située échappe à l'examen direct. On ne juge des lésions que par les troubles fonctionnels, et surtout par l'existence des attitudes vicieuses. Or, ces symptômes peuvent être produits par d'autres lésions que la coxalgie; de là, de nombreuses causes d'erreur.

La difficulté est surtout grande chez les très jeunes enfants qui ne marchent pas encore. Mais si l'on examine attentivement l'enfant, on est frappé du contraste entre les deux membres inférieurs. En effet, quand on soulève le petit malade par le dessous des bras, on voit le membre sain exécuter des mouvements énergiques de flexion et d'extension, tandis que le membre lésé pend pour ainsi dire inerte. La différence entre les deux membres s'accuse encore si, l'enfant étant étendu, on pratique de petites excitations cutanées des membres inférieurs. On voit, sous cette influence, le membre sain faire des mouvements énergiques, tandis que le membre malade n'exécute que des mouvements très lents de reptation sur le plan où il repose.

Nous avons dit qu'au début, beaucoup de malades localisaient leur douleur au niveau du genou; c'est là une nouvelle cause d'erreur. On peut croire, en effet, à une maladie de l'articulation du genou, alors que c'est la hanche qui est en jeu. Il suffit d'être prévenu de cette particularité, et d'examiner minutieusement les deux articulations, pour aboutir à des conclusions exactes.

Les divers traumatismes de l'articulation coxo-fémorale, contusions, entorses, peuvent prêter au doute pendant quelque temps; mais il suffit de soumettre les malades au repos, et de pratiquer quelques examens successifs pour voir s'évanouir tous les symptômes dans les inflammations traumatiques, tandis qu'ils persistent et s'aggravent même dans les cas de coxalgie. Quant aux luxations traumatiques, les déplacements qui les caractérisent ne surviennent pas dès le début de la coxalgie. Il suffit de rappeler, au point de vue du diagnostic, les cas auxquels nous avons fait allusion précédemment, et où une luxation traumatique vient à se produire, sur un membre qui porte des traces

de coxalgie ancienne. Il n'est pas non plus malaisé de faire le diagnostic entre la coxalgie et les luxations congénitales de la hanche. Assez souvent cette dernière affection frappe simultanément les deux articulations coxo-fémorales, tandis que la coxalgie double est une rareté. Dans la luxation congénitale, on trouve bien tous les signes qui caractérisent un déplacement de la tête du fémur, mais il n'y a ni la douleur, ni le gonflement, ni la même limitation des mouvements que dans la coxalgie.

Dans la paralysie infantile, on peut bien trouver une attitude vicieuse du membre; la paralysie, par exemple, ayant porté sur les muscles fessiers, les adducteurs entraînent le membre de leur côté; il y a également de la claudication. Mais le malade ne souffre pas, et les mouvements de la jointure sont possibles dans une étendue que ne permet habituellement pas la coxalgie. Souvent du reste, les lésions paralytiques ne sont pas limitées à la hanche, mais portent sur la presque totalité du membre inférieur.

Une affection qui peut de tous points simuler la coxalgie tuberculeuse, c'est celle qui a été décrite par Brodie sous le nom de coxalgie hystérique. Consistant essentiellement dans une contracture des muscles péri-articulaires, elle peut imprimer au membre une direction semblable à celle qu'il prend dans la troisième période de la coxalgie. Le bassin est élevé; le membre est placé dans l'adduction et la rotation en dedans, et telle est la contracture musculaire qu'il est impossible de lui imprimer le plus léger déplacement. Les douleurs sont considérables, beaucoup plus vives même que dans la coxalgie véritable; elles siègent non seulement dans la profondeur des tissus, mais dans la peau elle-même, douloureuse au moindre contact. C'est habituellement chez des femmes présentant tous les stigmates de l'hystérie que s'observe ce complexe symptomatique; mais il ne faut pas oublier que les études modernes nous ont révélé l'existence de l'hystérie chez l'homme; et en ce qui concerne la coxalgie hystérique, déjà l'on en a rencontré des exemples dans le sexe masculin. Elle peut aussi, bien que rarement, se rencontrer dans l'enfance. En cas de doute sur le diagnostic, il faut endormir les malades; s'agit-il de coxalgie hystérique, toute trace de contracture disparaît sous le chloroforme; il devient possible d'imprimer à la jointure des mouvements très étendus, qui ne provoquent pas les frottements et les craquements rudes qu'on entend dans la coxalgie.

La sacro-coxalgie, ou arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque, détermine des symptômes fonctionnels tout à fait analogues à ceux de la coxalgie: mêmes douleurs, mêmes attitudes vicieuses, même claudication. Mais l'examen méthodique permet de constater que l'articulation coxo-fémorale elle-même est libre, tandis que la douleur siège en arrière, au niveau de l'interligne sacro-iliaque. C'est surtout en exerçant une pression simultanée sur les deux épines iliaques, comme si l'on voulait les rapprocher l'une de l'autre, qu'on détermine la douleur dans la sacro-coxalgie.

Les affections osseuses au voisinage de l'articulation coxo-fémorale peuvent donner naissance à des douleurs, à des abcès péri-articulaires, en un mot, à un ensemble de symptômes qui simulent à s'y méprendre la coxalgie. C'est ce qui arrive, par exemple, dans les ostéites tuberculeuses siégeant au voisinage du grand trochanter. La considération du siège précis de la douleur pourra conduire au diagnostic; mais, en cas de doute, il devient nécessaire d'endormir les malades, pour se rendre compte de la présence ou de l'absence de mobilité dans

l'articulation. Ce que nous venons de dire des abcès ossifluents péri-articulaires, nous pouvons le répéter de la psotitis; ici encore, la chloroformisation permettra de constater l'intégrité de la jointure. On ne comprend pas tout d'abord qu'on puisse confondre la coxalgie avec le mal de Pott, mais si l'on veut bien réfléchir à la fréquence des abcès envahissant la gaine du psoas dans cette dernière affection, l'erreur paraîtra beaucoup moins extraordinaire. Elle a été commise par d'excellents chirurgiens. La contracture du psoas vient limiter les mouvements de l'articulation, et l'emploi du chloroforme pourra être nécessaire pour trancher définitivement le diagnostic.

Il est une autre affection qui peut en imposer pour une coxalgie, c'est l'inflammation chronique de la bourse séreuse rétro-trochantérienne, ordinairement décrite sous le nom de péri-arthritis coxo-fémorale. Mais nous nous contentons d'indiquer ce diagnostic, devant y revenir à propos de la description de la péri-arthritis de la hanche.

Quant à l'ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur, elle donne nécessairement lieu à des symptômes du côté de l'articulation, puisque le cartilage épiphysaire est contenu dans la jointure; mais il s'agit ici d'inflammations aiguës, dont la soudaineté et l'évolution rapide n'ont rien de commun avec la marche chronique de la coxalgie tuberculeuse. Nous savons aujourd'hui que toutes ces prétendues coxalgies suraiguës, causant la mort en quatre à cinq jours avec des phénomènes typhoïdes, n'ont de coxalgie que le nom. Ce sont des ostéites épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. Les mêmes phénomènes inflammatoires peuvent avoir pour point de départ le cartilage épiphysaire situé à l'union des trois pièces qui constituent la cavité cotyloïde.

Nous devons mentionner encore comme pouvant en imposer pour une coxalgie, les adénites inguinales qui, par la douleur et les contractures qu'elles occasionnent, peuvent déterminer de la claudication et une attitude analogue à celle qu'on observe dans la coxo-tuberculose. Toutefois le siège précis de la douleur et un examen minutieux permettant de constater l'intégrité des mouvements de la jointure feront éviter l'erreur.

Quant à l'ostéo-sarcome, généralement il donne naissance à un gonflement beaucoup plus considérable que celui de la coxalgie; la consistance des parties est aussi beaucoup plus ferme; il n'a pas de tendance à la suppuration. L'immobilisation, dans les cas de néoplasmes, ne produit pas le même soulagement que dans les arthrites.

Quant à différencier les unes des autres les différentes variétés d'arthrites coxo-fémorales, généralement les arthrites rhumatismales et blennorrhagiques s'accusent par un début beaucoup plus brusque que la coxalgie tuberculeuse; elles n'ont pas de tendance à la suppuration. Souvent enfin les arthrites rhumatismales de la hanche ont été accompagnées ou précédées d'autres manifestations attribuables au rhumatisme.

Étant donné qu'il s'agit d'une coxalgie tuberculeuse, il reste à préciser l'état des lésions auxquelles on a affaire. Les caractères donnés par Martin et Collinneau, et tendant à faire distinguer la coxalgie capsulaire de la coxalgie osseuse, ne sauraient avoir aucune valeur. C'est par une palpation minutieuse de la région inguinale, de la région fessière et de la fosse iliaque qu'on pourra reconnaître les abcès en voie de formation. Il est bien difficile d'établir si les lésions prédominent du côté de l'os iliaque ou de l'extrémité supérieure du fémur. Toutefois, pour arriver à résoudre la question, on pourra s'aider du

toucher rectal⁽¹⁾ qui permettra parfois de reconnaître un point douloureux spécial, du gonflement, ou même une véritable fluctuation dénotant l'existence d'un abcès en rapport avec des lésions de la cavité cotyloïdienne.

Marche et Pronostic. — D'une manière générale, on peut le dire, le pronostic de la coxalgie est grave; il est grave pour la vie des malades et pour les fonctions du membre. Il est toutefois bien difficile d'exprimer cette gravité par des chiffres, les diverses statistiques qui ont été faites étant difficilement comparables. Nous citerons à titre de renseignements les résultats suivants :

Sur 80 cas de coxalgie suppurée, Cazin⁽²⁾ compte : 44 guérisons, soit 55 pour 100, 6 améliorations, 10 décès et 20 non-guérisons.

Sur 288 cas, Gibney a trouvé une mortalité de 12,50 pour 100. A l'hôpital Alexandra, à Londres (hôpital exclusivement consacré au traitement de la coxalgie), il y a eu 100 morts sur 584 cas, ce qui donne une mortalité de 26 pour 100. Sur ce nombre, il y avait 260 coxalgies suppurées, et la mortalité pour ce groupe atteignait 55,5 pour 100.

Hueter évalue la mortalité de la coxalgie dans les hôpitaux à 27 pour 100, et Billroth à 51 pour 100. Schaffer et Lovett ont fait porter leurs recherches sur 51 cas de coxalgie considérés comme guéris au Dispensaire orthopédique de New-York. 4 ans après, 41 d'entre eux demeuraient guéris. Des 10 restants, 4 étaient morts, et 6 avaient récidivé⁽³⁾.

Yale, embrassant en une seule toutes les statistiques publiées, arrive à cette conclusion que la mortalité, dans la coxalgie, ne dépasse pas 50 pour 100.

Le pronostic est, du reste, très variable, suivant un grand nombre de circonstances. Nélaton et Guersant avaient déjà fait remarquer que le pronostic de la coxalgie est moins grave dans le premier âge. M. Lannelongue partage cette manière de voir; il donne comme cause de cette moindre gravité dans un âge tendre ce fait que les épiphyses sont presque entièrement cartilagineuses, et que le cartilage résiste beaucoup mieux à l'envahissement tuberculeux que ne le fait le tissu osseux.

Sans doute l'apparition du pus est un facteur de gravité considérable. Il faut cependant se rappeler que la résorption spontanée des abcès est un fait qui est loin d'être exceptionnel dans la coxalgie.

Lorsque la mort survient, elle peut être amenée par bien des altérations diverses. Elle est parfois la conséquence de quelque complication tuberculeuse du côté du poumon, des méninges ou même du péritoine; dans d'autres cas, elle résulte de l'abondance de la suppuration et de la septicémie chronique qui l'accompagne. Enfin elle est souvent due aux dégénérescences viscérales, compagnes habituelles des suppurations de longue durée, qu'il s'agisse de dégénérescences graisseuses ou amyloïdes. Fréquemment, elles portent sur le rein, et se traduisent en clinique par l'existence de l'albuminurie. Un relevé des cas traités à l'hôpital Alexandra depuis 1880 donne 55 morts sur 614 malades. De ces 55 morts, 12 ont été causées par la méningite, 5 par la tuberculose pulmonaire, 9 par la dégénérescence amyloïde.

La guérison, avons-nous dit, peut survenir à toutes les périodes de l'affection.

⁽¹⁾ CAZIN, *Du toucher rectal de la coxalgie*. Bull. de l'Acad. de méd., 1881. — DHOUDIN, *De la coxalgie cotyloïdienne*. Thèse de doct. de Paris, 1885.

⁽²⁾ CAZIN, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 26 avril 1876.

⁽³⁾ *New-York med. Journal*, 21 mai 1887.

Si un traitement convenable est appliqué dès le début, et qu'on évite la suppuration, il est possible de voir le malade guérir en conservant l'intégrité des mouvements. Mais c'est là un fait exceptionnel, et, dans l'immense majorité des cas, la guérison ne s'obtient qu'au prix de l'ankylose. Il y a tendance à la rétraction et à l'épaississement de toutes les parties molles qui entrent dans la constitution de la jointure; de là, limitation des mouvements. La guérison est encore possible dans les cas où il y a eu suppuration, usure des extrémités osseuses et production de déplacements; mais, on le comprend, le pronostic est beaucoup plus défavorable au point de vue des fonctions du membre.

Quant à la durée de la maladie, il est difficile de l'évaluer d'une manière précise. On peut dire qu'elle varie de 2 à 5 ans. Shaffer et Lovett ont noté la durée du traitement nécessaire pour arriver à la guérison dans 59 cas. Ils ont trouvé :

DURÉE DU TRAITEMENT JUSQU'À GUÉRISON	
2 ans	4 cas.
2 ans 1/2	4 —
3 ans	9 —
3 ans 1/2	6 —
4 ans	8 —
4 ans 1/2	2 —
5 ans	2 —
6 ans	1 —
6 ans 1/2	1 —
7 ans	—
8 ans	1 —
TOTAL	59 cas.

Ce qui donne en moyenne plus de trois ans et demi pour la guérison de chaque cas en particulier. On ne saurait donc trop insister sur la longue durée du traitement nécessaire pour éviter les récidives. M. Verneuil a beaucoup insisté sur ces retours offensifs de la coxalgie qui, vu l'atrophie des muscles extenseurs, placent le membre dans la flexion et l'adduction. Il vaut donc mieux prolonger trop longtemps l'application des appareils, plutôt que d'exposer le malade au retour de son affection.

Un dernier élément d'une importance capitale dans le pronostic, c'est l'attitude du membre et la présence ou l'absence d'un raccourcissement considérable. A ce point de vue encore, une immobilisation prolongée ne saurait être trop recommandée.

Traitement. — Pendant longtemps, le traitement de la coxalgie est demeuré dans une confusion extrême. C'a été l'immense mérite de Bonnet (de Lyon) de formuler, en 1845, les véritables principes du traitement, c'est-à-dire l'immobilisation de la jointure dans une bonne position⁽¹⁾.

Au début, l'immobilisation peut suffire; mais généralement on voit bientôt le membre prendre une position vicieuse, consistant dans la flexion associée à l'abduction ou à l'adduction. Il devient dès lors nécessaire de pratiquer, avant tout, le redressement. Celui-ci peut être obtenu parfois au prix d'efforts modérés; mais pour peu que les douleurs soient vives, pour peu qu'il y ait une contracture très prononcée des muscles, de solides adhérences intra-articulaires, le mieux est de pratiquer le redressement sous le chloroforme. Cette méthode,

(1) BONNET, *Traité des maladies des articulations*, 1845, t. II, p. 520.

pour être employée avec sécurité, commande certaines précautions. Si l'on voulait tout d'abord placer le membre dans l'extension, on s'exposerait à des désordres graves, ruptures étendues des parties molles, décollements épiphysaires, fractures du fémur. Aussi doit-on commencer par exagérer les mouvements de flexion, on y ajoute ensuite graduellement des mouvements d'adduction et d'abduction, de rotation en dedans et en dehors; enfin, on fait décrire à l'articulation des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Quand l'articulation est suffisamment assouplie, on l'immobilise dans l'extension, et dans une position modérée d'abduction. Autrefois, on avait l'habitude d'immobiliser les deux membres inférieurs dans une attitude où les deux talons se touchaient, c'est-à-dire dans un degré modéré d'adduction. Frappé de la fréquence énorme des coxalgies guéries dans une attitude vicieuse où l'adduction se combine à la flexion, j'ai proposé d'appliquer au traitement de la coxalgie les principes qui nous guident dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, c'est-à-dire d'immobiliser le membre dans une position moyenne d'abduction. De cette façon, on obtient la guérison dans une attitude favorable à la marche; de plus, on a un emboîtement aussi exact que possible des surfaces articulaires, qui s'oppose à l'usure réciproque des surfaces osseuses, et à la production des luxations⁽¹⁾.

L'immobilisation peut être assurée au moyen de la gouttière de Bonnet; cet appareil a pour lui l'avantage de s'appliquer avec une très grande rapidité; d'autre part, il permet de surveiller l'état du membre et de se rendre compte des déplacements qui pourraient survenir. Mais il est lourd et encombrant; son prix élevé ne le met pas à la disposition de tous les malades. Enfin, chez les jeunes enfants, en dépit des sangles destinées à immobiliser le bassin et les membres inférieurs, on n'arrive pas toujours à empêcher complètement les mouvements. C'est une raison pour donner bien souvent la préférence aux appareils inamovibles, que ceux-ci soient faits à l'aide du silicate, ou avec le plâtre. L'appareil silicaté dont se servait habituellement M. Verneuil, et qui porte son nom, se compose des pièces suivantes: On commence tout d'abord par revêtir le malade d'un maillot bien collant qui remonte jusqu'au-dessous des bras, et qui descend plus bas que le genou. Ce maillot est soigneusement capitonné, à sa partie externe, d'une couche épaisse de ouate, sur tous les points qui devront être enfermés dans l'appareil, c'est-à-dire la totalité du bassin et le membre malade jusqu'au-dessous du genou. Par-dessus ce maillot est appliquée une bande sèche, embrassant le genou, la cuisse, le bassin tout entier et remontant jusqu'au-dessus des fausses côtes. Une attelle en fil de fer en forme de T est placée au-dessus de la bande sèche, et embrasse par sa branche horizontale la région des flancs, tandis que sa branche verticale se moule sur la face externe de la cuisse. Plusieurs bandes silicatées enroulées en forme de spica autour de la cuisse malade et du bassin complètent l'appareil. Pour que celui-ci n'ait pas tendance à se briser au niveau du pli de flexion de l'articulation, on peut le renforcer en ce point par un certain nombre de bandes verticalement dirigées. L'appareil silicaté ainsi constitué exige un temps assez long pour sa dessiccation, ce qui est un inconvénient sérieux dans les cas où la contracture des muscles a tendance à reproduire la difformité. Aussi, pour notre part, donnons-nous en pareil cas la préférence aux appareils plâtrés construits d'après

(1) KIRMISSON, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 594.