

pied du lit. Les deux ceintures sont en définitive tenues par six lacs, deux appartenant à la première ceinture, quatre appartenant à la seconde, c'est-à-dire au bandage de corps. Le but de ces lacs multiples est de mieux fixer ces deux pièces de l'appareil. Enfin, les deux membres inférieurs sont tenus rapprochés l'un de l'autre par un troisième bandage en toile, moins large, mais confectionné de la même manière que le bandage de corps, seulement il est inutile de le fixer étroitement (voy. fig. 68 et 69). »

Comment agit l'extension continue? C'est là une question grosse de controverses, et qui a donné naissance à de nombreux travaux. On a soutenu successivement que l'extension continue diminuait la pression intra-articulaire, ou qu'elle produisait la séparation des surfaces osseuses. Introduisant à travers les parties molles et jusque dans l'intérieur de l'articulation la canule d'une seringue remplie d'un liquide coloré, Kœnig ⁽¹⁾ constata qu'à chaque effort d'extension exercé sur le membre, le niveau du liquide baissait dans la seringue, ce qui démontrait une diminution de pression à l'intérieur de l'articulation. Busch et Albert admettaient au contraire que la traction, loin de diminuer la pression intra-articulaire, l'augmentait; d'après eux, cette circonstance serait même favorable à la résorption des exsudats inflammatoires. Cette dernière manière de voir est confirmée par les recherches de Ranke et de Reyher. Pour Ranke, « toutes les fois qu'il existe à l'intérieur d'une articulation malade une pression positive, l'extension a pour effet d'amener une augmentation de cette pression ». D'après Reyher, les résultats varient suivant que l'articulation est vide ou pleine (la présence d'un liquide favorisant l'augmentation de pression), de sorte que le plus souvent, dans une articulation malade, la pression intra-articulaire doit augmenter à la suite de l'extension.

D'après cela, ce ne serait donc pas en diminuant la pression intra-articulaire qu'agirait favorablement l'extension continue. Produit-elle un écartement entre les surfaces articulaires? Ici encore les opinions sont partagées. Kœnig, en faisant congeler des sujets et en pratiquant des coupes sur l'articulation de la hanche non soumise à la traction, constata que les surfaces articulaires ne sont en contact que sur des points limités; partout ailleurs elles sont séparées par de petites couches de glace. Si l'on applique sur le membre une traction de 8 livres, l'épaisseur de la couche de glace interposée s'élève de 1/2 millimètre à 2 millimètres 1/2. Paschen ⁽²⁾ a confirmé ces résultats; d'après lui, l'écartement des surfaces articulaires est au maximum lorsque le membre est placé dans une abduction complète.

Les conclusions des auteurs précédents ont été contredites par Morosoff (de Charkow) ⁽³⁾. D'après cet auteur, les surfaces articulaires sont en contact intime; lorsque toutes les parties molles sont sectionnées, et que les os ne sont plus maintenus en place que par la pression atmosphérique, il faut encore une traction de 60 livres pour obtenir le diastasis; si l'on met la cavité articulaire en communication avec l'atmosphère en perforant la cavité cotyloïde, et si l'on conserve la capsule intacte, il faut une traction de 20 livres pour obtenir un écartement de 1/2 millimètre, une traction de 40 livres pour obtenir un écar-

⁽¹⁾ KÖNIG, *Untersuchungen über Coxitis*. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1875, III.

⁽²⁾ W. PASCHEN, *Untersuchungen über Coxitis. Ueber Gewichtsbehandlung bei coxitis acuta*. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1875, t. III.

⁽³⁾ MOROSOFF, *Ueber den Einfluss der Contractionsmethode auf das Hüft- und auf das Kniegelenk*. *Inaug. Dissert.* Charkow, 1875.

tement de 1 millimètre. D'après cela, l'extension continue, telle qu'on l'emploie en chirurgie, ne saurait produire d'écartement entre les surfaces articulaires.

Par ses expériences sur le cadavre, M. Lannelongue ⁽¹⁾ pense avoir démontré que l'extension continue agit réellement en produisant un écartement entre les surfaces articulaires. Il a congelé le cadavre d'un enfant de quatre ans, atteint de coxalgie depuis cinq mois, et soumis à l'extension continue pendant quarante-cinq jours. L'extension fut remise en place sur le cadavre avant la congélation, et les coupes de l'articulation montrèrent qu'il existait, en haut et en dehors, 1/2 centimètre d'écartement entre les surfaces articulaires. Mais si l'on examine la figure qui accompagne la description de M. Lannelongue, on voit que la tête fémorale a perdu sa forme arrondie; elle est aplatie dans la moitié supérieure, et cette circonstance peut expliquer l'écartement existant entre les surfaces articulaires à ce niveau. L'expérience ne nous paraît donc pas absolument concluante. Il nous semble beaucoup plus probable, pour notre part, que l'extension continue agit en luttant contre la contraction musculaire. Elle supprime les pressions exagérées qui se produisent en des points localisés de l'articulation, du fait de la contracture de certains muscles, les fléchisseurs associés le plus souvent aux adducteurs; l'articulation étant placée dans une attitude moyenne, la pression se trouve ainsi répartie également sur toute sa face interne. Quelle que soit du reste l'interprétation à laquelle on se rattache, il est bien certain que l'extension continue amène une diminution des douleurs et, par suite, exerce une action favorable sur la marche de l'inflammation articulaire.

Ainsi donc, le repos au lit, la réduction des attitudes vicieuses existantes, l'immobilisation, l'extension continue, tels sont les moyens auxquels on doit recourir dans le traitement de la coxalgie. Ces moyens doivent être prolongés pendant un temps fort long; ce n'est que lorsque toute douleur a disparu pendant les mouvements imprimés à la jointure, lorsqu'il n'y a plus de gonflement, plus de menace de suppuration, que l'on peut permettre la marche aux malades. Encore faut-il, à ce moment, donner aux enfants un de ces appareils portatifs dont nous avons parlé en commençant; les plus simples sont faits avec des bandes plâtrées ou silicatées; on peut aussi appliquer des appareils en cuir moulé, sur le modèle bien connu de l'appareil de Bouvier (voy. fig. 70). Enfin, on peut avoir recours aux appareils permettant l'extension, telle que l'attelle de Davis et ses dérivés, ou bien encore l'appareil de M. Le Fort. Il est bon, dans les premiers temps, de n'autoriser la marche qu'à l'aide de béquilles, afin que le poids du corps, se transmettant à l'articulation malade, n'y détermine pas de poussées inflammatoires nouvelles.

Rien n'est plus à craindre, en effet, que les retours offensifs au cours de la coxalgie. Si l'on fait marcher trop tôt les malades, si l'on abandonne trop vite

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*, p. 158.

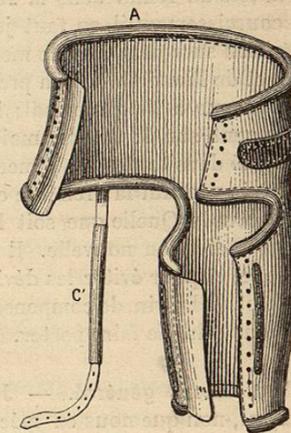


FIG. 70. — Appareil Bouvier.

tout appareil de soutien, on peut voir réapparaître les douleurs, le gonflement, la suppuration. Plus tard même, à une période où les phénomènes inflammatoires ont depuis longtemps disparu, le membre abandonné à lui-même peut reprendre une attitude vicieuse. C'est là un point sur lequel M. Verneuil a attiré d'une manière spéciale l'attention de la Société de chirurgie⁽¹⁾. Dans sa communication, M. Verneuil visait tout particulièrement les déformations secondaires qui peuvent se montrer chez des malades considérés comme guéris. Pour lui, ces déformations tiendraient moins à un retour des phénomènes inflammatoires qu'à la rupture de l'équilibre musculaire, les fessiers étant frappés de parésie, et les muscles fléchisseurs devenus prépondérants entraînant le membre dans le sens de leur action. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, qu'il s'agisse de récidives véritables ou seulement d'attitudes vicieuses tenant au défaut d'équilibre du système musculaire, c'est là une raison pour ne pas abandonner trop tôt les malades à eux-mêmes et pour continuer le port des appareils.

Lorsque la guérison est complète, elle n'est le plus souvent obtenue qu'au prix d'une raideur articulaire plus ou moins prononcée, quelquefois même d'une ankylose totale. Elle ne va pas non plus sans un raccourcissement plus ou moins considérable du membre, dont la cause est multiple. Tout d'abord ce raccourcissement peut tenir à la persistance d'une attitude légèrement vicieuse, flexion associée à l'adduction, en dépit d'un traitement soigneusement conduit. Le raccourcissement trouve souvent aussi son explication dans l'usure de la tête fémorale et de la partie postérieure de la cavité cotyloïde. Il en résulte une diminution de hauteur du squelette et une ascension de la tête fémorale. Le raccourcissement s'accuse encore quand il s'est produit une luxation véritable de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe. Mais à toutes ces causes de raccourcissement il en faut joindre une autre qui réside dans les troubles de nutrition survenus dans le membre, sous la double influence du processus morbide et de l'immobilisation prolongée. Les cartilages épiphysaires ne prolifèrent pas comme à l'état normal; il en résulte un raccourcissement qui porte non seulement sur le fémur, mais encore sur les os de la jambe et sur le pied atrophié dans toutes ses dimensions. C'est surtout chez les malades atteints de coxalgie pendant la première enfance que ces troubles de développement sont très accusés. Quelle que soit la cause du raccourcissement, il donne naissance à une indication nouvelle. Il convient, en effet, pour rendre plus facile la marche, et pour éviter les déviations secondaires du côté de la colonne vertébrale et du bassin, de compenser l'inégalité de longueur des membres inférieurs, et, pour cela, de faire porter, du côté malade, une semelle surélevée.

Traitement général. — Jusqu'ici nous n'avons rien dit du traitement général, non que nous en méconnaissons l'importance, mais il ne diffère pas, dans ses lignes principales, de celui qui est applicable à toutes les variétés d'arthrites tuberculeuses. Disons toutefois que la coxalgie, en condamnant le malade à un repos absolu, rend encore plus nécessaires les différentes précautions hygiéniques, telles que le séjour au grand air, à la campagne, au bord de la mer, que permettra l'emploi des lits et appareils roulants. On

⁽¹⁾ VERNEUIL, *Des récidives apparentes de la coxalgie causées par certaines atrophies musculaires.* Bull. et mém. de la Soc. de chir., 5 octobre 1881, p. 744.

ne saurait non plus recommander une propreté trop grande, dans le but d'éviter les eschares et de conserver autant que possible l'intégrité des appareils de maintien.

Traitement de la coxalgie suppurée. — Trop souvent, en dépit des soins les mieux dirigés, on voit survenir la suppuration; nous devons envisager maintenant les nécessités qu'entraîne pour la thérapeutique cette redoutable complication. Tout d'abord il convient de poser en principe que tout abcès survenant dans le cours de la coxalgie ne commande pas nécessairement l'intervention. On peut être, en effet, assez heureux pour voir se produire la résorption spontanée. Tous les chirurgiens ont observé des cas de cette nature, et nous-même nous pourrions en relater plusieurs exemples. Nous nous bornerons à signaler le fait d'un jeune garçon atteint simultanément d'un mal de Pott dorsal et d'une coxalgie suppurée du côté gauche. Or, chez lui, en dépit de l'existence d'un abcès évident à la région fessière, la guérison s'est produite de la manière la plus heureuse, à la suite de la réduction et de l'immobilisation prolongée; toute trace de la collection purulente de la fesse a disparu.

Cette observation soulève un point important de pratique chirurgicale, savoir la conduite à tenir dans les cas où l'abcès coïncide avec une attitude vicieuse du membre. Faut-il, dans ces cas, respecter la position vicieuse de l'articulation, ou bien passer outre et pratiquer le redressement, comme en l'absence de la suppuration? Nous n'hésitons pas, pour notre part, à nous ranger à cet égard au conseil donné par M. Lannelongue, c'est-à-dire à recommander la réduction, si elle est nécessaire, même dans le cas de coxalgie suppurée. En effet, en respectant la position vicieuse du membre, on ne ferait que hâter les progrès de la désorganisation de la jointure, et rendre tout espoir de guérison impossible. C'est seulement une raison de plus, s'il est possible, pour apporter plus de prudence et de ménagements dans la pratique du redressement.

Ainsi donc, si l'abcès n'a point de tendance à augmenter de volume, si l'état général reste satisfaisant, que le malade n'ait pas de fièvre, le mieux nous paraît être de respecter l'abcès. Mais, dans les circonstances inverses, si les douleurs deviennent violentes, si la fièvre s'allume, en même temps que l'abcès augmente de volume, et menace de s'ouvrir au dehors, le mieux est d'intervenir. Le tout est de savoir à quel mode d'intervention il convient de s'adresser. Il ne faut pas trop compter sur la ponction aspiratrice; le plus souvent elle est suivie d'une reproduction rapide de la suppuration; au bout d'un certain temps, l'un des orifices cutanés nécessités par la ponction s'entr'ouvre et donne naissance à un trajet fistuleux. La ponction aspiratrice suivie de l'injection d'un liquide antiseptique, solution d'iodoforme dans l'éther ou dans la glycérine, naphтол camphré, a une valeur beaucoup plus grande; parfois elle réussit à procurer la guérison. Mais il ne faut pas trop y compter; car souvent toutes les tentatives d'évacuation de la poche échouent, à cause de la présence dans son intérieur de grumeaux caséux qui viennent à chaque instant boucher la canule du trocart. Si l'on se trouve en présence d'un cas semblable, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement l'abcès; un tamponnement de la poche à la gaze iodoformée permettra d'en obtenir l'occlusion. Mais dans les cas où il ne s'agit plus d'un abcès bien limité, mais de collections purulentes, anfractueuses, ou encore de fistules multiples existant au pourtour de l'articulation, cette manière de faire ne saurait plus suffire; il faut alors recourir à un drainage méthodique de la