

Si la maladie est double, il y a de la lordose et une démarche plus ou moins analogue à celle qui caractérise la luxation congénitale double de la hanche.

D'après les faits qui ont été décrits jusqu'ici, il y aurait lieu d'établir, dans l'étude des coxa vara, la même division que dans l'étude du genu valgum. On rencontrerait, en effet, des coxa vara chez de jeunes enfants coïncidant avec les autres manifestations habituelles du rachitisme, et des coxa vara de l'adolescence.

Le coxa vara rachitique des jeunes enfants ne saurait être nié; il a été prouvé d'une manière évidente par Lauenstein. Il rapporte l'histoire d'un jeune garçon de six ans, chez lequel il pratiqua une double ostéotomie pour des courbures

rachitiques des deux jambes. Plusieurs mois après, l'enfant succomba à la tuberculose pulmonaire, et Lauenstein eut l'occasion de pratiquer l'autopsie. Il rencontra sur le fémur droit une déformation particulière du col, qui ne formait plus avec le corps un angle obtus, mais à peine un angle de 80 degrés à gauche; on examina le fémur par comparaison, et l'on trouva la même difformité. Le col était notablement affaissé, la tête du fémur regardait en dedans, au lieu d'être dirigée par en haut. Le col présentait une épaisseur normale; l'épaississement de la ligne d'ossification, l'élargissement du canal médullaire, les îlots cartilagineux disséminés dans la substance spongieuse au voisinage du cartilage épiphysaire dénotaient, dans ce cas particulier, l'existence du rachitisme.

Quant au coxa vara des adolescents, sa véritable pathogénie reste beaucoup plus douteuse, puisque, comme nous l'avons déjà fait observer, on n'a pas jusqu'ici fourni la preuve histologique de la nature rachitique. D'autre part, à la lecture des observations, il ne semble pas douteux que la confusion ait été parfois faite entre le coxa vara et la coxalgie ou la luxation congénitale de la hanche. L'étude critique de cette question que j'ai faite avec l'aide d'un de mes élèves, M. Charpentier (1), m'a démontré en effet que la coxalgie pouvait donner un affaissement du col fémoral semblable à celui qui caractérise le coxa vara. D'autre part, il semble bien que la confusion n'ait pas toujours été évitée avec la luxation congénitale. Cependant, en pareil cas, des commémoratifs précis permettraient d'éviter l'erreur; dans la luxation congénitale, en effet, les enfants ont mal marché dès

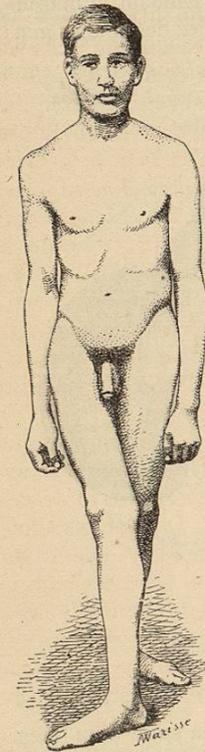


FIG. 160. — Type clinique de coxa vara (Kocher).

le début; tandis que, dans les cas de coxa vara, on peut apprendre que la marche a d'abord été satisfaisante, et que la difformité s'est montrée seulement au bout d'un temps plus ou moins long. Il n'est pas jusqu'à la fracture du col fémoral chez les jeunes enfants qui ne puisse en imposer pour une incurvation rachitique du col fémoral. R. Whitmann (2) a insisté sur ce point, et moi-

(1) EM. CHARPENTIER, *De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme (ou coxa vara)*. Thèse de Paris, 1897. Steinheil, éditeur.

(2) ROYAL WHITMAN, *Observations on bending of the neck of the femur in adolescence*. *New-York med. Journal*, 25 June 1894.

même j'ai pu en observer un exemple curieux (1). Il m'est arrivé également chez un jeune enfant de croire, d'après l'attitude du membre, avoir sous les yeux un exemple d'incurvation rachitique du col fémoral, mais l'emploi des rayons Röntgen m'a démontré que le col du fémur avait sensiblement sa direction normale; il s'agissait dans ce cas d'une incurvation rachitique de la diaphyse fémorale, à peu de distance au-dessous de la région trochantérienne (2).

Dans l'étude de la question à laquelle je me suis livré avec mon élève M. Charpentier, j'ai été frappé de ne rencontrer sur les squelettes de nos musées, présentant les déformations rachitiques les plus considérables, que des incurvations du col fémoral très peu prononcées. C'est seulement sur des pièces d'arthrites sèches que j'ai observé des déformations se rapprochant beaucoup de celles que Müller, Kocher et Hoffa rapportent au rachitisme des adolescents. Il m'a semblé dès lors que la confusion avec l'arthrite déformante de la hanche n'avait peut-être pas toujours été évitée. Cette hypothèse devient de plus en plus probable, depuis la publication du travail de Maydl (de Prague) (3).

L'auteur rapporte 4 faits qui se sont présentés à lui avec un tableau clinique semblable à celui du coxa vara. La résection de la hanche a fourni quatre pièces dont Maydl donne la reproduction. Les deux premières représentent nettement des pièces d'arthrite sèche; les deux autres seraient, d'après l'auteur, des exemples de coxa vara vrais, c'est-à-dire de rachitisme du col fémoral. Sur ces deux dernières, la tête fémorale est à peu près régulière et intacte; néanmoins, sur l'une d'elles, la tête est légèrement déformée et la cavité cotyloïde correspondante agrandie; sur l'autre, on trouve la face antérieure du col excavée et présentant, par suite de l'usure du tissu spongieux sous-jacent, des inégalités rugueuses, recouvertes d'un mince revêtement cartilagineux.

Dès lors, l'auteur admet deux groupes de faits dont les uns se rapporteraient à l'arthrite déformante, les autres au coxa vara véritable, et il cherche à donner des signes différentiels entre les deux, mais il n'y a rien de net dans sa description. A côté du coxa vara rachitique des jeunes enfants et de celui des adolescents, il y aurait encore, d'après Kredel (4), une troisième classe à établir pour le coxa vara d'origine congénitale. C'est d'après l'examen de deux malades fait plus ou moins longtemps après la naissance que Kredel établit cette troisième variété. Il s'agit d'une attitude vicieuse de la hanche, coïncidant avec d'autres malformations, pied bot, genu valgum, et attribuable, dans la pensée de l'auteur, à la pression intra-utérine. Toutefois en l'absence d'autopsie on ne saurait rien affirmer.

Moi-même, chez deux enfants âgés l'un de deux mois et demi, l'autre de quinze jours, j'ai observé l'attitude caractéristique du coxa vara, rotation complète des membres en dehors, avec impossibilité de les placer dans la rotation en dedans, ou même de diriger la rotule directement en avant. Ces deux enfants ayant succombé, je n'ai rencontré à l'autopsie aucune déformation osseuse, mais seulement une rétraction de la partie postérieure de la capsule (5).

(1) KIRMISSON, *Revue d'orthop.*, sept. 1894.

(2) KIRMISSON, *Revue d'orthop.*, juillet et septembre 1897.

(3) MAYDL, *Coxa vara und arthritis deformans coxae*. *Wiener klin. Rundschau*, mars 1897, n° 10, 11 et 12.

(4) KREDEL, *Coxa vara congenita*. *Centr. für Chir.*, 17 oct. 1896, n° 42.

(5) KIRMISSON, *Revue d'orthop.*, juillet 1897.

Pour ce qui est du traitement, dans les cas légers, le traitement général applicable au rachitisme, joint à l'emploi de l'extension continue, sera suffisant. Le massage et le traitement orthopédique pourront être utiles pour rendre au membre sa force. C'est seulement dans les cas où la déformation est très accusée et l'impotence considérable qu'on pourra songer à une intervention chirurgicale.

9° ANKYLOSE DE LA HANCHE

Les causes qui peuvent donner naissance à l'ankylose de la hanche sont extrêmement nombreuses; les unes siègent dans l'intérieur même de l'articulation, dont elles altèrent les différentes parties constituantes, en limitant ou supprimant complètement les mouvements. Les autres siègent en dehors de l'articulation, qui reste plus ou moins intacte, et dont les mouvements sont seulement empêchés par un obstacle mécanique. Parmi ces dernières causes, nous citerons tout d'abord celles qui ont leur point de départ dans une altération de la peau. De ce nombre sont les cicatrices de brûlures, ou encore celles qui succèdent à des destructions étendues du tégument externe dans la gangrène ou dans les bubons phagédéniques. C'est presque toujours du côté du pli de l'aîne que siège le tissu cicatriciel; aussi le membre est-il immobilisé dans la flexion.

Dans d'autres cas, les obstacles aux mouvements de la jointure sont de nature fibreuse; qu'il s'agisse de rétraction du tissu cellulaire consécutive à un abcès du psoas, ou bien d'une rétraction du *fascia lata* dans le cas de suppuration des ganglions inguinaux, par exemple. Il peut s'agir aussi de contractures musculaires, c'est ce qui arrive dans la coxalgie hystérique.

Les diverses variétés d'arthrites représentent les lésions qui donnent naissance à l'ankylose proprement dite, c'est-à-dire aux altérations intra-articulaires. Il peut s'agir tout d'abord d'arthrites traumatiques, qu'il y ait eu primitivement contusion, fracture ou luxation de la hanche. Il faut citer encore les arthrites rhumatismales et les arthrites infectieuses, telles que celles qui se montrent dans le cours de la rougeole, de la scarlatine, de la septicémie, les arthrites développées secondairement à la suite d'ostéomyélite primitive du fémur ou du bassin. Mais, de toutes les sources d'ankyloses de la hanche, la plus fréquente est certainement la coxalgie tuberculeuse.

Il est à remarquer que, tandis que les diverses variétés d'arthrites infectieuses, les arthrites traumatiques, les arthrites secondaires à l'ostéomyélite donnent le plus souvent naissance à des ankyloses complètes, dans la coxalgie, au contraire, il s'agit le plus souvent d'ankyloses incomplètes, quelquefois même de simples contractures péri-articulaires, susceptibles de céder devant les tentatives de redressement.

Anatomie pathologique. — Comme nous l'avons dit précédemment, l'ankylose est osseuse ou fibreuse; quelquefois elle affecte, suivant les points de la jointure qu'on examine, les caractères des deux variétés. A la hanche, on rencontre parfois cette forme spéciale d'ankylose périphérique, à laquelle les vétérinaires donnent le nom d'ankylose cerclée. Les muscles environnant la jointure sont atrophiés, quelquefois ils sont le siège d'une rétraction consi-

dérable. La rétraction peut porter sur les vaisseaux fémoraux eux-mêmes; d'où la possibilité de rupture de la veine fémorale pendant les tentatives de redressement. Souvent les os ont subi des troubles de nutrition, raréfaction du tissu osseux, transformation graisseuse, qui les rendent plus aptes à se fracturer.

Symptômes. — Le fait le plus important au point de vue chirurgical, c'est l'attitude dans laquelle le membre est immobilisé. La hanche peut être immobilisée dans l'extension complète ou dans la flexion; très souvent cette dernière est combinée à l'adduction ou à l'abduction. Enfin on peut avoir affaire à une ankylose double.

L'attitude la plus fréquente est celle dans laquelle la flexion se combine avec l'adduction. Elle détermine un raccourcissement plus ou moins considérable du membre malade, dont le genou vient croiser celui du membre sain. Outre l'attitude vicieuse, le raccourcissement reconnaît fréquemment d'autres causes, telles que l'atrophie générale du membre, l'existence d'une subluxation déterminant une ascension anormale du gros trochanter. Ce sont là des circonstances importantes au point de vue du pronostic; car, alors même qu'on supprime par une opération l'attitude vicieuse du membre, on ne peut effacer les autres causes de raccourcissement. L'adduction se combine le plus souvent avec un certain degré de rotation en dedans; pour compenser en partie le raccourcissement, le pied se place en équinisme. Le bassin est abaissé du côté malade; il subit en même temps un mouvement de torsion qui projette en avant celle des deux épines iliaques qui répond à l'ankylose. Il existe une lordose lombaire dont le degré est en rapport avec la flexion de la hanche; enfin l'abaissement du bassin a souvent pour conséquence une scoliose secondaire.

Le malade, ne pouvant imprimer de mouvements à l'articulation de la hanche, ne peut s'asseoir que sur le rebord d'une chaise. Pour ramener ses membres au parallélisme pendant la marche, il est obligé d'imprimer à son bassin et à sa colonne lombaire des déplacements. Le membre est-il dans l'abduction, pour arriver au parallélisme, le malade est obligé d'imprimer au bassin, du côté malade, un mouvement d'abaissement; la moitié du bassin répondant au côté sain est surélevée, il en résulte une scoliose lombaire dont la convexité est dirigée du côté de l'ankylose. Y a-t-il, au contraire, adduction, le malade est obligé, pour ramener ses membres au parallélisme, d'élever le bassin du côté malade, la colonne lombaire présente alors une scoliose dont la convexité est tournée vers le côté sain. Dans les cas les moins graves, le malade peut, en plaçant son pied en équinisme, compenser les effets du raccourcissement; dans les cas extrêmes, le malade n'appuie plus que sur la pointe du pied, ou même le membre atteint ne repose plus sur le sol, et la marche n'est possible qu'à l'aide de béquilles.

Les troubles fonctionnels sont encore beaucoup plus marqués lorsqu'il s'agit d'une ankylose bilatérale. S'agit-il d'une double ankylose dans l'extension, le malade ne peut marcher qu'en projetant successivement en avant chacune des deux moitiés du bassin; il lui est tout à fait impossible de s'asseoir. Lorsque l'abduction se joint à la flexion, les malades ne peuvent progresser qu'en prenant point d'appui sur les mains, et faisant de petits sauts en avant, comme les grenouilles. Lorsque l'adduction se joint à la flexion, la locomotion est rendue encore plus difficile. Les deux membres inférieurs s'entre-croisent l'un au-devant de l'autre au niveau du genou, et la progression n'est plus possible que