

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

grâce aux mouvements de projection imprimés à la jambe placée au-devant de l'autre. C'est à cette attitude que quelques auteurs anglais ont donné le nom de *scissor legged progression*, démarche avec les jambes croisées comme les deux lames d'un ciseau. Il est bien évident que, chez la femme, cette position d'adduction forcée des deux membres inférieurs est incompatible avec les fonctions de la génération.

**Diagnostic.** — Le diagnostic consiste à reconnaître si l'ankylose est incomplète ou totale, et à déterminer l'angle que forme la cuisse avec le bassin. Le meilleur moyen consiste à faire coucher le malade sur un plan horizontal et à imprimer au membre la direction nécessaire pour que la lordose lombaire disparaisse entièrement. On peut alors aisément mesurer l'angle formé par le membre malade avec le plan sur lequel il repose. Il est très difficile d'établir si l'on a affaire à une ankylose complète ou incomplète. Il convient pour cela d'appliquer une main sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, tandis que l'autre main cherche à imprimer au membre de petits mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Mais on peut être induit en erreur pendant cette exploration par la contracture musculaire, qui immobilise même une articulation possédant encore une certaine étendue de mouvement. D'où la nécessité, pour établir un diagnostic certain, de pratiquer un examen complet sous le chloroforme.

**Traitement.** — Trois méthodes s'offrent au chirurgien dans le traitement de l'ankylose de la hanche. Ce sont : 1° le redressement; 2° l'ostéoclasie; 3° l'ostéotomie.

Le redressement n'est applicable, bien évidemment, que dans les cas où il reste encore une étendue assez considérable de mouvements. Il peut être effectué par deux procédés différents, suivant qu'on a recours au redressement lent, ou au redressement brusque.

Le redressement lent peut être exercé au moyen de l'extension continue; en augmentant progressivement les poids employés, en modifiant la direction donnée à la poulie qui sert à la traction, on peut arriver à corriger graduellement l'attitude vicieuse. Si l'on ne veut pas maintenir entièrement le malade au lit, on peut exercer le redressement au moyen des différents appareils dont nous avons parlé déjà à propos du traitement de la coxalgie, appareils munis d'articulations permettant de passer de la flexion à l'extension, de l'adduction à l'abduction, et *vice versa*. Mais, il faut bien le dire, une pareille manière de faire est applicable seulement dans les cas très légers, dans ceux où il s'agit de raideur articulaire plutôt que d'une véritable ankylose. Dans les cas opposés, mieux vaut le redressement brusque, qui suppose une véritable opération et nécessite l'emploi du chloroforme.

Une précaution indispensable consiste à faire solidement immobiliser le bassin par les mains d'un aide. Pour arriver à ce résultat, Gersuny conseille de s'y prendre de la façon suivante : un aide imprime au membre sain un mouvement forcé de flexion de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le bassin, tel que la face antérieure de la cuisse arrive presque en contact de la paroi abdominale. En même temps un second aide saisit fortement les deux épines iliaques; de cette façon, le bassin se trouve solidement immobilisé. Le chirurgien peut alors procéder au redressement de l'ankylose. Celui-ci ne doit pas être opéré tout

d'un coup; il faut y procéder graduellement, et préparer la mobilisation de la jointure par la rupture préalable des adhérences. Loin d'exercer tout d'abord des tractions sur le membre, on commence, au contraire, par exagérer la flexion; on exécute une série de mouvements alternatifs de flexion et d'extension; on y joint ensuite l'abduction et l'adduction. Enfin, après avoir imprimé au membre des mouvements de circumduction de plus en plus étendus, on termine en le plaçant dans l'extension. Du reste, ce n'est pas l'extension complète qu'on doit rechercher, mais bien une flexion légère combinée à un certain degré d'abduction. Pendant la marche, aussi bien que dans la situation assise, le membre immobilisé dans cette attitude rendra au malade beaucoup plus de services que s'il était placé dans l'extension complète. Plutôt que de déployer une violence trop considérable qui pourrait amener des désordres du côté de la jointure, il vaut mieux s'arrêter avant d'avoir obtenu un résultat complet; pratiquer l'extension continue pendant quelque temps, puis revenir à une et, au besoin, plusieurs séances de redressement. Du reste, dans les cas où la rétraction musculaire oppose un obstacle trop considérable au redressement, on peut s'aider de la ténatomie sous-cutanée. C'est ainsi que le couturier, le *psaos* iliaque, le *fascia lata*, les adducteurs ont été successivement sectionnés. Mais, on le comprend, la section sous-cutanée de tendons profondément situés, comme ceux du *psaos*-iliaque ou des adducteurs, en rapport avec des vaisseaux importants, n'est pas sans présenter de graves inconvénients. Aussi, dans le cas qui nous occupe, comme sur tant d'autres points de la chirurgie orthopédique, la ténatomie à ciel ouvert, que justifie pleinement à l'heure actuelle la méthode antiseptique, fournit-elle les plus précieux services.

Dans un travail publié en 1889, le docteur Lorenz (de Vienne) a insisté sur la valeur de la ténatomie à ciel ouvert dans les cas qui nous occupent (1). Voici le manuel opératoire indiqué par cet auteur : on fait, à partir de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une incision de 6 centimètres, parallèle à l'axe du membre; les lèvres de la plaie cutanée étant écartées, on sectionne perpendiculairement à leur direction, le *fascia lata*, les faisceaux antérieurs du moyen fessier et le couturier. Le tendon du grand droit antérieur de la cuisse, à nu dans le fond de la plaie, est alors soulevé sur la sonde cannelée et sectionné à son tour. Dans la profondeur de l'incision on aperçoit alors la face antérieure de la capsule articulaire et le tendon du *psaos*, mais celui-ci est laissé intact.

Généralement cette section [des parties molles à la partie antérieure de la jointure suffit pour rendre facile le redressement; si toutefois les adducteurs opposent encore un obstacle, ils sont sectionnés de même à ciel ouvert. Lorenz pense que, dans un bon nombre de cas, où l'ankylose paraissait complète, on pourra, par sa méthode, réussir à obtenir le redressement. Si la section à ciel ouvert des parties molles est insuffisante, elle permet du moins de se contenter d'une simple ostéotomie linéaire au lieu d'une ostéotomie cunéiforme; on peut aussi, en opérant à travers la plaie faite pour la myotomie, se rapprocher autant que possible du point où siège la flexion angulaire et faire porter l'ostéotomie sur le col du fémur lui-même, ou, si celui-ci a disparu, faire une ostéotomie intertrochantérienne.

A l'appui de sa manière de voir, Lorenz rapporte 3 observations. Dans

(1) LORENZ, *Orthopädie der Hüftgelenks-Contracturen und Ankylosen*. Vienne, 1889.