

douleur ni dans les mouvements imprimés au membre, ni lorsqu'on soumet à un choc dirigé de bas en haut la face plantaire du pied, ni surtout lorsqu'on exerce au niveau de l'articulation, une pression locale dont on augmente la force graduellement. Dans ce cas, nous gardons le malade en observation ; nous le faisons rester au lit quelques jours sans appareil, et nous nous assurons alors que les douleurs n'ont pas reparu, et que l'attitude vicieuse ne s'est pas reproduite. Nous permettons alors au patient de marcher sans appareil à l'aide de béquilles. Mais pendant les premiers jours de cet exercice, nous soumettons l'articulation à des examens répétés, et nous retournons au traitement que nous venons d'abandonner, dès que nous voyons apparaître l'un ou l'autre des symptômes de l'arthrite. Dans le cas contraire, après que l'enfant s'est exercé à marcher pendant 8 jours sous la surveillance du médecin, nous le renvoyons à la maison avec ordre de se présenter de nouveau au bout de 4 à 8 semaines. Ce temps écoulé, nous procédons à un nouvel examen qui permet de décider si le patient peut marcher dès lors sans béquilles ou à l'aide d'une seule béquille ou d'une canne, comme aussi de reconnaître s'il est survenu quelque symptôme qui oblige à revenir à l'ancien traitement.

Nous avons obtenu ainsi la guérison d'un grand nombre de malades, et surtout d'enfants coxiques. Il est vrai qu'un petit nombre d'entre eux seulement ont été renvoyés dans leurs foyers avec une articulation tout à fait mobile, mais ils avaient tous une articulation solide et en bonne position. Dans un très petit nombre de cas il s'était produit une ankylose ; le plus souvent, l'articulation avait conservé un degré variable de flexion active, ainsi qu'un peu de mobilité dans le sens de l'abduction et de l'adduction ; plus rarement la rotation était possible dans une certaine étendue. *Tous les individus guéris par la méthode de traitement que nous venons de décrire, ont la démarche plus sûre et ne boitent pas d'une façon aussi choquante que ceux qui ont subi la résection, alors même que, chez ces derniers, la guérison s'est opérée dans les meilleures conditions et avec mobilité de l'articulation.*

§ 53. — Nous avons maintenant à discuter la question du **traitement opératoire de la coxite**, et tout d'abord nous dirons quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'abcès siégeant dans le voisinage de l'articulation.

Nous avons vu que ces abcès ont une importance très variable. Une partie d'entre eux — selon nous une infime minorité — sont péri-articulaires et ne sont pas en communication avec la cavité articulaire. Mais à supposer même que cette forme d'abcès fût un peu plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, on ne pourrait en tirer aucune déduction au point de vue pratique, car l'examen de l'abcès ne nous permet pas de reconnaître s'il communique ou non avec l'articulation. L'étendue et la situation des collections purulentes ont plus d'importance pour le traitement.

Autrefois les chirurgiens étaient tout à fait opposés à l'ouverture des grands abcès froids de la hanche. Quant à nous, nous pensons que l'oncotomie s'impose encore davantage dans les abcès de l'articulation coxo-fémorale que lorsqu'il s'agit d'abcès par congestion de la colonne vertébrale, pour lesquels nous avons déjà posé ailleurs les indications opératoires. Cependant, lorsque le foyer purulent est peu volumineux et tend à se rapprocher peu à peu de la peau sans s'accompagner de fièvre, il peut être indiqué parfois de chercher à obtenir leur résorption ou d'abandonner leur perforation à la nature. Par contre, les abcès qui ont une grande tendance à la migration, doivent être incisés. Il en est de même des *gros abcès froids qui se développent rapidement*. Je conseille de le faire, bien que je ne sois pas d'avis que l'ouverture d'un gros abcès de l'articulation de la hanche, même pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, constitue une intervention aussi peu dangereuse que l'admettent d'autres chirurgiens. Pour garantir une marche aseptique de la plaie à la suite de cette opération, il faut être tout à fait rompu à la méthode antiseptique.

Je renvoie encore une fois le lecteur aux considérations dans lesquelles je suis entré, à propos de la fièvre qui accompagne un certain nombre de coxites tuberculeuses, et qui offre le plus souvent le type rémittent bien caractérisé. Cette fièvre n'est pas nécessairement sous la dépendance de la suppuration articulaire ; elle peut être symptomatique d'une phtisie des poumons ou d'une affection tuberculeuse de la glande rénale etc. On devra bien peser ici les avantages que peut présenter l'incision de l'abcès chez un individu nécessairement voué à la mort. Si le malade est déjà très affaibli, épuisé par la diarrhée, le décubitus etc., l'ouverture du foyer purulent peut être suivie d'une septicémie mortelle à cause des difficultés que présente, dans de pareilles conditions, l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

Les petits abcès qui se développent très lentement, et qui sont fréquents dans le cours de la coxite, surtout chez les enfants, peuvent être traités par l'incision simple pratiquée avec les précautions antiseptiques, et suivie de *l'application d'iodoforme*. Après avoir donné issue au pus par une large ouverture, on enlève au moyen de la curette les granulations tuberculeuses, puis on lave complètement la cavité de l'abcès avec un liquide désinfectant (acide phénique ou sublimé), et après en avoir bien essuyé les parois, on saupoudre et frotte ces dernières avec de l'iodoforme. Enfin on introduit un drain dans la plaie que l'on recouvre d'un pansement antiseptique. Dans un grand nombre de cas traités de cette façon, l'ouverture de l'abcès, loin de rester fistuleuse, a guéri rapidement, de sorte que nous avons pu continuer avec succès le traitement de la coxite tel que nous l'avons décrit plus haut.

Un grand nombre d'abcès sont péri-articulaires, en ce sens qu'ils ne communiquent pas avec la cavité articulaire et doivent leur origine à une affection des extrémités osseuses, c'est-à-dire du col du fémur, du

grand trochanter ou de la partie iliaque de l'acétabulum. Il faut alors chercher avec soin le trajet de communication avec l'os malade, et extirper le foyer osseux, suivant les règles bien connues, à l'aide de la gouge et du marteau, ainsi que de la cuiller tranchante.

C'est, par contre, la **résection** qui est indiquée le plus souvent lorsqu'on a affaire à des abcès volumineux de l'articulation de la hanche ou à de petits abcès offrant une tendance très marquée aux récurrences, surtout si le malade est déjà d'un certain âge. Cette opération seule permet de tarir dans ces cas la source du pus, et d'empêcher la formation de nouveaux abcès. L'indication de la résection ne peut être ici l'objet d'un doute que lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis et affectés en même temps d'une tuberculose des poumons, des reins ou de l'intestin. Même chez les malades de cette catégorie, l'opération en question n'est pas absolument à rejeter. Plusieurs fois déjà il m'est arrivé de voir à la suite de la résection pratiquée dans ces conditions, l'état général s'améliorer considérablement, et l'affection articulaire guérir au point que le membre pouvait être utilisé pour la marche, et cela dans des cas où je m'étais longtemps demandé si le malade était encore en état de supporter une intervention chirurgicale. Il va sans dire, en effet, que dans chaque cas particulier, on devra bien peser les chances de survie à une opération aussi grave que la résection.

Mais ce que nous demandons tout particulièrement, contrairement à notre ancienne manière de voir, c'est que toutes les affections articulaires de la hanche compliquées d'abcès du bassin, soient traitées désormais par la résection.

§ 54. — Dans quels cas de coxite la résection est-elle indiquée ?

D'après les anciennes statistiques les résultats de la résection de la hanche pour carie articulaire n'étaient pas très encourageants ; la mortalité était évidemment très élevée. LEISRINK auquel nous devons la meilleure statistique, a trouvé une mortalité de 63,6 : 100, par conséquent plus élevée que celle à laquelle étaient arrivés d'autres auteurs avant lui. Sur 176 opérés 103 sont morts ; parmi ces derniers 24 (22,8 : 100) ont succombé à des maladies accidentelles des plaies, 23 (21,8 : 100) sont morts d'épuisement, 12 (11,5 : 100) de phtisie ; enfin la terminaison fatale a été amenée dans 3 cas (2,8 : 100) par des diarrhées, dans 8 cas (7,5 : 100) par la dégénérescence amyloïde, et dans 4 cas (3,6 : 100) par les progrès de la carie. Nous ajouterons ici les résultats de la statistique anglaise, dans laquelle nous avons puisé les chiffres concernant le traitement conservateur (§ 47). Ces résultats sont basés sur 320 cas de résection de la hanche fournis par divers hôpitaux. Or la mortalité à la suite de la résection a été de 40 0/0, et le chiffre des guérisons se monte à 42 0/0 (dans 15 0/0 des cas, la mort est due à l'opération elle-même, dans 13,4 0/0 à la phtisie, dans 6,6 0/0 à la néphrite et dans 4,4 0/0 à d'autres maladies).

Nous devons faire remarquer, il est vrai, que même sans opération, la mortalité est très élevée pour les cas de coxite qui s'accompagnent d'abcès et de fistules, et qui sont précisément ceux dans lesquels se pose la question de la

résection. Malheureusement, nous ne possédons pas, jusqu'ici, des données suffisantes pour établir une comparaison à ce point de vue entre la résection et la méthode conservatrice. Nous avons communiqué plus haut le peu que nous connaissons à ce sujet, et nous nous contenterons d'ajouter que JACOBSEN dont nous avons reproduit la statistique sur la carie et l'arthrite suppurée de la hanche, a élevé à 230 le chiffre des cas de LEISRINK, et, que sur ce nombre 104 (44,6 : 100) ont guéri, et 146 (58,4 : 100) ont succombé. Par conséquent, si nous comparons ces chiffres au 26,98 : 100 de guérisons par le traitement conservateur, nous trouvons que la résection l'emporte de 14 : 100 sur ce dernier.

Ces chiffres n'ont certainement plus de valeur de nos jours. C'est ce que démontre, du reste, déjà la statistique de GROSCH (1882), basée sur les résultats de plusieurs cliniques. Cet auteur a trouvé une mortalité de près de 37 0/0 en général, et de 28 0/0 seulement en n'utilisant que les cas se rapportant à la période pendant laquelle nous avons appris à mieux nous rendre maîtres de la méthode antiseptique. Nous regrettons de n'être pas encore en état de fournir une statistique basée sur un grand nombre de résections traitées suivant la méthode actuelle ; nous regrettons surtout que nous ne puissions pas encore utiliser à ce point de vue nos propres observations, dont le nombre a déjà dépassé depuis longtemps la centaine ; néanmoins, ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il n'arrive pour ainsi dire jamais qu'un malade succombe à une affection aiguë ou chronique, à la suite de la résection de la hanche. La plupart guérissent rapidement et sont bientôt en état de marcher. Un petit nombre succombent à nos moyens modernes, c'est-à-dire au chloroforme ou aux désinfectants, ce qui peut arriver d'ailleurs dans toute opération. Quant aux malades qui meurent d'une tuberculose aiguë se reliant directement à l'opération, ils ne sont pas très nombreux. Plus tard, il est vrai, la tuberculose emporte un nombre plus considérable d'opérés ; mais il n'est nullement prouvé que cette cause de mort soit plus fréquente à la suite de la résection que sans cette opération.

Quant aux résultats fonctionnels, ils ne sont pas non plus mauvais. La grande majorité de nos opérés sont sur pieds au bout de 6 semaines, peu importe d'ailleurs que ce soit la tuberculose ou quelque autre lésion qui ait fourni l'indication de la résection ; au début, il est vrai, la marche n'est possible qu'avec des béquilles. Toutefois, la plupart des malades qui ont été convenablement surveillés, laissent de côté les béquilles au bout de 6 mois, et, le plus souvent même, déjà plus tôt. Ils apprennent bientôt à s'asseoir parfaitement, et dans la grande majorité des cas, ils ne tardent pas à marcher sans souffrances. Autrefois, alors que l'on ne possédait pas encore une grande expérience sur la résection de la hanche, on attachait une importance majeure à ce que la guérison s'opérât avec une mobilité parfaite de l'articulation. Par contre, de nos jours, la plupart des chirurgiens qui pratiquent beaucoup de résections de la han-