

rebord cartilagineux ; on sent une tuméfaction dure, dans la région du col du fémur, et, en outre, la mensuration révèle une différence de longueur des deux extrémités, grâce au changement de forme et à l'usure des surfaces articulaires. En effet, si la tête fémorale disparaît, et que la masse osseuse de nouvelle formation qui la remplace, se rapproche de plus en plus du petit trochanter, il va sans dire qu'il en résultera un raccourcissement du membre. Le même phénomène, c'est-à-dire l'élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne ilio-ischiatique, peut être la conséquence d'un agrandissement de la cavité cotyloïde, en dehors et en arrière. Ce raccourcissement, qui peut aller jusqu'à 2 et 3 centimètres, s'accompagne le plus souvent d'une légère rotation en dehors. Finalement, l'articulation peut être complètement ankylosée, grâce à l'engrènement des masses osseuses marginales de prolifération, ce qui est particulièrement le cas, chez les individus qui ont été obligés de garder le lit. Cette ankylose marque le plus souvent la fin du processus.

L'arthrite déformante a souvent une durée très longue ; dix ans, ou même davantage, peuvent s'écouler avant que les lésions aient atteint un haut degré de gravité. Ce n'est qu'au début de la maladie que le traitement peut avoir parfois une certaine efficacité sous la forme de bains (eaux thermales indifférentes, bains salés ou sulfureux, quelquefois aussi bains de mer, douches froides, etc.). On préconise aussi l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur. Avant tout, les malades affectés de coxite déformante ne doivent pas renoncer complètement aux mouvements de l'articulation s'ils veulent éviter une raideur plus grande qui ne tarderait pas à se produire dans ces conditions. Lorsque les mouvements s'accompagnent de vives douleurs, on réussit parfois à supprimer cet inconvénient en faisant porter au malade un tuteur analogue à l'appareil de TAYLOR, de façon que l'articulation n'ait plus à supporter le poids du corps dans la marche. Dans un cas, j'ai même observé, grâce à ce traitement, un arrêt dans la marche de l'affection.

Dans les cas de contracture notable ou d'ankylose, il est rare que l'on puisse obtenir quelque résultat du brisement forcé. Grâce aux masses osseuses marginales de prolifération, les conditions mécaniques sont ici, le plus souvent, des plus défavorables. Dans un certain nombre de cas, la résection est indiquée, surtout lorsque des douleurs vives empêchent tout mouvement de l'articulation. De fait, cette opération a été déjà pratiquée un certain nombre de fois, et a donné des résultats relativement favorables. Il est vrai qu'en règle générale, les circonstances extérieures, l'âge du malade, l'embonpoint et la surcharge graisseuse du cœur dont il est ordinairement affecté, ne sont pas faits pour encourager le chirurgien à tenter une pareille opération.

Etude clinique et traitement des troubles de la motilité consécutifs aux processus inflammatoires de la hanche, et de l'ankylose en position vicieuse.

§ 56. — La guérison des diverses formes de coxite peut, dans les circonstances favorables, s'opérer avec conservation parfaite des fonctions de l'articulation. Mais, alors même que les mouvements articulaires restent limités dans une certaine direction, le membre peut encore rendre de très bons services, à condition que les mouvements dans le sens de l'extension soient possibles à un degré suffisant pour que le malade puisse garder, en marchant, la position verticale. Une diminution considérable d'amplitude des mouvements entraîne divers inconvénients qui se font sentir surtout lorsque l'individu change de position, se lève après s'être assis, etc. ; mais, en somme, le membre dans cet état est encore utilisable. Même une extrémité complètement ankylosée dans l'extension peut rendre encore d'excellents services.

Les obstacles aux mouvements qui persistent après la guérison de la coxite, sont de natures très diverses. Une contracture notable, une diminution de la mobilité peut être déjà la conséquence d'une rétraction des parties molles correspondant à l'ouverture de l'angle que forme la cuisse avec le tronc. Déjà FRORIEP avait démontré que certaines portions du *fascia lata*, et en particulier des faisceaux de cette aponévrose qui de la partie antérieure de la crête iliaque, se rendent à la région externe et supérieure de la cuisse, peuvent se raccourcir isolément par suite d'une rétraction inflammatoire, et empêcher les mouvements dans une direction déterminée.

Mais les faisceaux aponévrotiques superficiels ne sont pas seuls en cause, sous ce rapport ; les couches de tissu conjonctif situées plus profondément, par exemple celles qui, sous le muscle droit antérieur, vont du bassin à la cuisse, peuvent également par leur rétraction déterminer une attitude vicieuse du membre. Une rétraction cicatricielle du ligament iléo-fémoral peut avoir, dans un certain nombre de cas, les mêmes conséquences. D'autre part, d'après ce que nous avons dit, nous ne sommes certainement pas autorisés à nier la possibilité que les muscles ou certaines parties déterminées des aponévroses intermusculaires, apportent des obstacles du même genre aux mouvements de l'articulation.

Il ne peut guère être question ici sérieusement d'une contracture active des muscles ; il s'agit, sans doute, également de phénomènes de rétraction inflammatoire du tissu conjonctif intermusculaire, et en partie aussi d'une formation de tissu conjonctif aux dépens des fibres musculaires, par suite de l'inactivité des muscles. La section de ces derniers, et surtout des adducteurs raccourcis, a été pratiquée relativement souvent dans le but d'opérer le redressement du membre.

Les obstacles que nous venons de mentionner, ne déterminent toutefois que dans des cas exceptionnels la fixation du membre en attitude vicieuse ; ils produisent, non pas l'ankylose, mais une contracture qui souvent, il est vrai, s'en rapproche beaucoup. Ces obstacles agissent parfois encore plus efficacement, grâce au changement de position de la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde, ce qui est habituellement le cas, par exemple, dans la luxa-

tion iliaque, vu l'état de tension du ligament iléo-fémoral, lequel a subi une rétraction cicatricielle.

Le mode de guérison lui-même entraîne, dans un certain nombre de cas, l'abolition complète des mouvements. Nous avons à signaler ici avant tout l'*ankylose osseuse*, qui se produit à la suite de la destruction du cartilage et de l'usure des couches osseuses superficielles, et est due à la soudure des surfaces osseuses en contact réciproque, mais peut succéder également à une *synostose cartilagineuse*. Au point de vue clinique, nous pouvons ranger à la suite de ces ankyloses les cas dans lesquels les surfaces osseuses se trouvent unies très intimement par de courtes fibres de tissu conjonctif. Ce qui souvent contribue encore à restreindre au plus haut degré les mouvements, c'est l'engrènement des masses osseuses qui font saillie surtout à la périphérie des surfaces articulaires. Il résulte de ces données qu'il ne saurait exister une ligne de démarcation nettement tranchée entre l'ankylose vraie et l'ankylose fautive ou contracture, et que parfois, même après anesthésiation préalable du malade, on peut se trouver dans l'impossibilité d'arriver à un diagnostic absolument sûr. Souvent il est difficile, même sur une pièce anatomique, de se rendre compte du véritable état des choses.

Nous avons déjà rappelé plus haut, que, d'une manière générale, nous considérons la gêne des mouvements comme constituant un trouble fonctionnel particulièrement grave lorsque l'angle que forme la cuisse avec le bassin, atteint un degré tel qu'il en résulte une grande difficulté de locomotion. Nous accordons, il est vrai, que chez nombre d'individus qui sont obligés de travailler dans la position assise, l'ankylose de la hanche dans l'extension peut être fort gênante. Mais en pareil cas, une intervention ne serait justifiée qu'à la condition expresse que l'on fût en état d'obtenir une articulation mobile à la suite de la résection. Par contre, tous les hauts degrés de contracture qui se produisent en forte flexion, ou dans l'abduction ou l'adduction, ou dans une combinaison de cette dernière avec la flexion, exigent absolument l'intervention du chirurgien. Nous savons que, jusqu'à un certain point, ces attitudes vicieuses peuvent être corrigées par des incurvations compensatrices de la colonne vertébrale, mais cette compensation a ses limites, et alors même qu'elle est encore possible, l'attitude vicieuse n'en restreint pas moins à un haut degré l'aptitude fonctionnelle du membre. Ce dernier, en effet, ne peut travailler aussi longtemps qu'à l'état normal. Nous faisons, du reste, abstraction de la difformité résultant soit de la saillie en arrière de la partie postérieure de la hanche dans les cas de flexion extrême, soit de la déviation latérale de la colonne vertébrale s'il s'agit d'une ankylose en abduction ou adduction, sans compter, chez les femmes, l'obstacle apporté aux fonctions génitales par l'attitude d'adduction extrême de la cuisse.

§ 57. — Pour la correction des contractures et ankyloses de la hanche nous avons à notre disposition soit les moyens orthopédiques, soit les méthodes opératoires consistant à diviser le fémur, au niveau de

l'articulation ou dans le voisinage de cette dernière, pour donner ensuite au membre l'attitude désirée. Dans les cas de contractures, on devrait, en règle générale, essayer l'action orthopédique de l'extension par des poids, suivant le procédé de VOLKMANN, décrit plus haut. De fait, ce moyen de traitement donne souvent des résultats tout-à-fait inattendus et, dans la grande majorité des cas, il offre tout au moins l'avantage d'être d'une parfaite innocuité. Lorsqu'au bout de huit jours, les moyens orthopédiques n'ont amené aucune amélioration, on peut toujours avoir recours ensuite aux autres méthodes thérapeutiques. Pour les cas mentionnés plus haut de rétraction du *fascia lata*, WINIWARTER a conseillé et mis en pratique un traitement opératoire particulier. Le plus souvent le *fascia lata* est envoyé dans la direction de l'articulation et du fémur un prolongement, sous forme de cloison épaisse, entre le tenseur de cette aponévrose et le droit antérieur de la cuisse. Or WINIWARTER a eu recours à une opération analogue à celle que DIEFFENBACH a imaginée pour l'ectropion, opération qui consiste à pratiquer à la face antéro-externe de la cuisse, au-dessous du ligament de Poupert, une incision en V, dont les deux branches convergentes se réunissent sur le fémur. Cette incision qui intéresse la peau et l'aponévrose, suffit le plus souvent à obtenir la correction désirée; sinon, on divise les muscles jusqu'à l'os, et, au besoin même, on opère la section du col du fémur. La plaie en V qui prend la forme d'un Y, est ensuite suturée, puis on soumet le membre à l'extension par des poids, ou bien on applique un appareil plâtré, après avoir corrigé l'attitude vicieuse du membre. Lorsque, après avoir soumis le malade à l'action du chloroforme, on constate l'absence de toute mobilité dans l'articulation, on n'a plus à espérer aucun résultat de l'extension par des poids. Mieux vaut alors s'adresser d'emblée au brisement forcé, à moins de contre-indications formelles.

Nous avons déjà dit plus haut que nous considérons les contractures avec fistules anciennes comme une indication de la résection. Cette opération, en effet, met fin à la contracture, tout en guérissant les fistules.

On devra se garder des tentatives prolongées d'extension forcée, lorsqu'il existe encore des fistules. De même les cicatrices larges et profondes entraînent parfois des complications fort désagréables. La cicatrice peut se déchirer et donner lieu à des épanchements sanguins considérables; en outre, le sang épanché peut subir la décomposition putride. Un certain nombre de malades succombent de bonne heure à ces conséquences du redressement forcé.

Des suppurations suraiguës des os et articulations sont parfois la conséquence du brisement forcé, lorsque ce dernier a été pratiqué dans des cas d'ankylose consécutive à une ostéomyélite infectieuse, ou à un soi-disant rhumatisme articulaire aigu. Réemment encore, OBERST a publié des observations de ce genre, prises à la clinique de VOLKMANN. De même, nous avons vu se produire des récives graves, dans des cas de tuberculose qui paraissaient