chirurgical et tout aussi bénin de faire l'arthrotomie large, sous le chloroforme, en ouvrant la synoviale suffisamment pour l'inspecter de la vue et du toucher. Si elle est malade, on peut la laver avec de l'eau stérilisée et laisser un drainage. Si le corps étranger est l'unique affection, on fera la suture par étage et on reconstituera la synoviale avec soin.

Ainsi que le dit Quénu, le traitement ne finit pas au lit de l'opération. On se comportera comme pour toute plaie articulaire, on ne fera pas d'immobilisation; mais, dès que la plaie sera guérie, on fera du massage, des mouvements, on donnera des douches sulfureuses et on soignera tout spécialement les muscles.

IV. — TUMEURS BLANCHES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES EN GÉNÉRAL

La thérapeutique des ostéo-arthrites comprend deux grandes méthodes de traitement : le *traitement conservateur* et le *traitement sanglant*.

Traitement conservateur. — Il comprend les méthodes suivantes : *immobilisation*, *révulsion*, *compression*, *extension*, *injections modificatrices* (péri et intra-articulaires), *ischémie*, *chauffage* (périphérique, central, ignipuncture), le *massage*.

L'*immobilisation* est la base de tout traitement conservateur. Elle agit en ralentissant les processus morbides dans les articulations soustraites à l'air et à la lumière, prévient l'extension des lésions et favorise les processus adhésifs, nécessaires, pour empêcher l'envahissement complet de la cavité articulaire. L'immobilisation est l'antiphlogistique par excellence ; elle calme la douleur et empêche la production des attitudes vicieuses.

Elle a l'inconvénient de favoriser l'ankylose et, à cet égard, elle ne saurait être considérée comme le dernier mot du

progrès. Mais la *mobilisation* est si dangereuse quand elle est mal faite et ses règles sont si difficiles à appliquer qu'il est préférable, jusqu'à nouvel ordre, de pécher dans le sens de l'immobilisation plutôt que de vouloir trop tôt s'en affranchir.

Cependant, on ne saurait condamner sans appel la *mobilisation* raisonnée, dosée, scientifique, telle qu'elle peut être appliquée dans un établissement, par des hommes instruits et bien au courant des lésions tuberculeuses. Nous y reviendrons.

La *révulsion* se fait avec la *teinture d'iode*, les *vésicatoires* (plutôt nuisibles qu'utiles) et surtout par l'application des pointes de feu superficielles ou des raies de feu. On a souvent l'habitude de pratiquer ces pointes de feu avant d'appliquer l'appareil immobilisateur.

Dans la même classe, je range le *procédé de Scott*, préconisé par L. Championnière. Il consiste à appliquer sur la jointure de l'onguent mercuriel. L'*exposition du membre aux rayons de Röntgen* est encore un procédé de révulsion. Tous ces procédés de révulsion sont inoffensifs, mais peu efficaces.

La *compression* favorise l'atrophie des fongosités et agit peut-être aussi en produisant une certaine stase veineuse. On réalise la compression à l'aide de l'appareil ouaté roulé.

L'*extension*, presque toujours combinée avec l'immobilisation, est un puissant moyen modificateur des ostéo-arthrites. Tantôt employée sur le malade couché, tantôt associée aux appareils de marche (appareils ambulatoires), l'extension a pour effet de calmer la douleur, de vaincre les contractures musculaires, de corriger les attitudes vicieuses lentement et sans danger, d'éviter ainsi l'ulcération compressive des surfaces articulaires.

Injections modificatrices (Luton) :

1° Les *injections péri-articulaires* (méthode sclérogène de Lannelongue) consistent en injections profondes *autour de la jointure* d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. On fait, en une seule séance et sous le chloroforme, plusieurs injections (40 à 50 gouttes), autour de la jointure, suivant une technique spéciale décrite par Lannelongue.

La réaction est vive. Au bout de trois semaines, on peut juger de l'effet des injections.

Les accidents sont : la *douleur*, l'*eschare*, la *gangrène*. Malgré ces accidents rares, la méthode sclérogène est une des plus puissantes parmi les méthodes conservatrices.

2° *Injections intra-articulaires :* acide phénique (Hueter), sulfate de zinc (Le Fort), iodoforme, dans la glycérine (Bruns, Krause, Verneuil, etc.), dans l'éther; formol, salol, naphtol camphré, brome et iode à l'état naissant, mélange d'eau oxygénée et d'iodure de potassium (Topai).

La méthode des injections est préconisée par Calot d'une manière toute spéciale. Suivant cet auteur, on peut obtenir la guérison de toutes les ostéo-arthrites par ce procédé.

Les injections intra-articulaires sont faciles à faire; elles peuvent donner des résultats, surtout quand elles sont associées aux autres procédés. Nous nous servons de la solution d'éther iodoformé à 10 0/0.

Ischémie (Bier). — On applique une bande suffisamment serrée à la racine du membre pour déterminer une hyperhémie veineuse dans la partie malade. L'idée est venue à l'auteur, d'après cette observation de Rokitanski, que les bossus et certains cardiaques offraient une sorte d'immunité vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire, ce qu'il attribuait à la stase veineuse qui se produit dans les poumons de cette catégorie de malades.

D'après Bier, le procédé est un moyen puissant, mais non spécifique, de la tuberculose. Il produirait de la sclérose; il est utile de faire des arrêts dans le traitement et de le combiner avec l'iodoforme et le repos.

Chauffage. — Le chauffage est un moyen qui a été suggéré par cette idée que le bacille de Koch ne résiste pas aux températures élevées.

Dans cet ordre d'idées l'*ignipuncture*, préconisée déjà par Richet et Vincent, et conseillée encore dernièrement par Kirmisson avec une nouvelle technique, peut être considérée comme un moyen héroïque de certaines ostéo-arthrites. Kirmisson conseille d'endormir les malades et, après asepsie de la région, de faire pénétrer dans les fongosités une pointe fine de thermo-cautère jusqu'au squelette. Gaze iodoformée, ouate, immobilisation.

Verneuil a conseillé d'entourer l'articulation avec des briques chauffées à 50°.

J'ai employé l'*ébouillantement* avec de l'eau bouillie et bouillante, dans les articulations fermées, avec des résultats assez bons.

Le *massage* est un procédé qui peut rendre des services à la fin de la maladie ou même en pleine évolution de l'ostéo-arthrite pour calmer les douleurs et pour entretenir les fonctions musculaires et articulaires.

Par le *traitement conservateur* on peut aussi *redresser* les *attitudes vicieuses* et guérir les *abcès*.

Attitudes vicieuses. — *Redressement brusque* (Bonnet), toujours plus ou moins dangereux, à cause des fractures et surtout à cause de la généralisation tuberculeuse.

Redressement lent, par une série de redressements ou par l'*extension continue*. C'est cette dernière méthode qui est préférable, toutes les fois qu'elle est possible.

Les *abcès par congestion* peuvent se résoudre spontanément avec l'immobilisation. Ils peuvent guérir aussi avec la ponction simple ou avec la ponction et l'injection iodoformée. C'est cette dernière méthode qui est chaudement préconisée par Kirmisson, à l'heure actuelle.

Quand on passe en revue tous les procédés conservateurs, on est étonné de leur grand nombre.

Faut-il conclure qu'ils sont efficaces?

Dans un grand nombre de cas, la guérison peut être obtenue et, à l'heure actuelle, la tendance est à la conservation à outrance. Avec le traitement général et l'air de la mer ou le grand air, on arrive à guérir presque toutes les tuberculoses locales de l'enfant.

Cependant, il ne faudrait pas faire table rase du traitement sanglant, qui trouve aussi ses indications chez l'enfant et plus souvent chez l'adulte.

Traitement sanglant. — Voici les méthodes préconisées: l'*arthrotomie*, l'*arthrectomie*, la *résection*, la *désarticulation*, l'*amputation*.

En ce qui concerne les attitudes vicieuses et les abcès,

l'*ostéotomie* et l'*ouverture large* avec *grattage* ou l'*extirpation de l'abcès*.

L'*arthrectomie* a été rarement faite. Elle n'est pas radicale et ne peut être préconisée que dans certains cas rares d'hydarthrose à grains riziformes.

C'est, je pense, la seule indication.

La lutte a été vive entre l'*arthrectomie* et la *résection*, la première servant à désigner l'extirpation des parties molles (fongosités), la seconde étant synonyme d'extirpation complète de la jointure (os, ligaments et synoviale).

Cependant, sous le nom d'*arthrectomie*, nous avons peu à peu englobé les cas de résection atypique, c'est-à-dire de résection osseuse limitée aux parties malades avec extirpation des fongosités. A l'heure actuelle, on est à peu près d'accord pour préconiser l'arthrectomie, dans certains cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse des enfants. Les indications deviennent d'ailleurs assez rares, depuis qu'on a adopté la méthode conservatrice.

Chez l'adulte, c'est à la résection qu'il faut avoir recours, quand elle est indiquée.

La radiographie nous permettra de faire parfois, chez l'adulte des arthrectomies, quand elle nous montrera l'absence de lésions osseuses.

La *désarticulation* et l'*amputation* ne sont que des méthodes exceptionnelles. Elles le deviendront d'autant plus qu'on apprendra mieux à diagnostiquer et à traiter les tumeurs blanches au début. Cependant il ne faut pas jeter un discrédit immérité sur ces méthodes, qui sont destinées à sauver la vie, quand l'infection et la fièvre commandent l'intervention.

L'*ouverture des abcès froids* avec grattage est une méthode qui, grâce à l'asepsie, a pris un grand essor, arrêté actuellement par les tentatives de la chirurgie conservatrice. Cependant il ne faudrait pas non plus rejeter de parti pris le traitement opératoire de certains abcès froids. Quand l'injection a échoué, quand le malade est affaibli, quand l'abcès est infecté et provoque de la fièvre, il n'y a guère que l'ouverture et le grattage qui peuvent sauver la situation.

Pour mon compte personnel, je ne puis cacher que j'ai obtenu plus de succès par l'ouverture et le grattage des grands abcès froids que par la ponction.

L'*ostéotomie* trouve souvent son indication dans les déformations consécutives et parfois même en pleine période active de certaines maladies articulaires.

C'est ainsi que j'ai proposé (je crois, le premier) l'ostéotomie sous-trochantérienne dans certains cas de coxalgie douloureuse et déformante dès le début.

Indications et contre-indications générales du traitement sanglant dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. — Est-il d'abord prudent de faire une opération sanglante chez un tuberculeux? Cette question a été débattue à un moment donné.

On a supposé que le traumatisme pouvait avoir pour résultat de réveiller la tuberculose. Il est certain actuellement que ce réveil ne se produit que dans deux circonstances en apparence très dissemblables : 1° dans le cas d'une opération, dont les suites opératoires ont été septiques. L'infection mixte paraît alors exalter la virulence du bacille de Koch; 2° dans les interventions sous-cutanées osseuses ou articulaires, où le traumatisme a été considérable, telle l'ostéoclasie et le redressement.

Une opération sur un tuberculeux n'a aucune chance de provoquer la généralisation, si elle n'est pas suivie de complications septiques.

On pratique les opérations dans les ostéo-arthrites tuberculeuses à trois périodes de leur évolution : *au début*, *en pleine évolution*, *après la guérison*.

Les *opérations du début* sont actuellement à peu près universellement condamnées. Il ne faut pas espérer pouvoir enlever le foyer tuberculeux ou l'éteindre sur place. Toujours on arrive trop tard, car la tuberculose locale n'est qu'une tuberculose localisée.

Après la guérison de la tuberculose ostéo-articulaire, les opérations sont *orthopédiques*, c'est-à-dire qu'elles ont pou objet de redresser les formes et d'améliorer la fonction.

Les opérations orthopédiques sanglantes sont l'*ostéotomie*,

l'*arthrotomie* et la *résection*. Elles rivalisent avec les *opérations orthopédiques* non sanglantes, le redressement brusque ou l'ostéoclasie.

A l'heure actuelle, la tendance générale est de délaisser de plus en plus les opérations non sanglantes et d'avoir recours à l'*ostéotomie*, à l'*arthrotomie*, à la *résection*, quand il s'agit de redresser un membre.

En réalité, ces opérations ne sont plus contestées et sont moins graves que les délabrements aveugles de la méthode sous-cutanée.

On est donc d'accord : 1° à proscrire les opérations au début de la maladie (résections hâtives) ; 2° à recommander les opérations après la guérison (orthopédiques), quand elles sont indiquées par l'attitude vicieuse.

Toute la discussion se limite à la conduite à tenir dans les *ostéo-arthrites en pleine évolution*.

Certains chirurgiens, grisés par les succès qu'ils ont obtenus à l'aide de la méthode conservatrice surtout chez l'enfant, proscrivent d'une façon absolue les opérations sanglantes à cette période de la maladie.

D'autres, plus éclectiques, demandent à faire des distinctions et des réserves. Je me range parmi ces derniers.

Je ne conteste pas et je n'ai jamais contesté que la méthode conservatrice donne des résultats merveilleux. Mais il importe de savoir : 1° ce qu'on peut en attendre ; 2° dans quels cas les bons résultats sont obtenus.

1° *Ce qu'on peut attendre de la méthode conservatrice*, du moins jusqu'ici, c'est l'*ankylose*.

Pour la hanche, le genou, le coude et même le pied, c'est le plus souvent l'ankylose qui est le résultat de la méthode conservatrice.

On a bien dit qu'à l'aide de la mobilisation méthodique et du massage on pouvait obtenir parfois le mouvement. Mais ce sont des faits rares, et trop récents pour qu'on puisse les discuter.

Le résultat habituel est l'ankylose, et ce résultat est précieux quand il s'agit de la hanche et du genou. Il est moins avantageux quand il s'agit du pied et du coude. Voilà donc

une première catégorie de faits, tout un groupe de tumeurs blanches qui ne bénéficient que médiocrement du traitement conservateur.

2° *Les bons résultats de la méthode conservatrice ne peuvent être obtenus que dans certaines conditions*. Il faut que l'aération et la suralimentation soutiennent l'état général.

L'air marin est souvent une condition essentielle du succès.

Il faut que le sujet soit jeune. Il faut que la tuberculose soit récente ou du moins qu'elle ne soit pas gravement infectée. Il faut par dessus tout que les soins quotidiens soient assidus et intelligents. Toutes ces conditions sont nécessaires et, avec de la patience et du temps, on peut espérer obtenir un excellent résultat.

Mais l'âge plus avancé du malade, l'ancienneté de la maladie et surtout son infection mixte, le mauvais état général, le manque de soins et d'aération sont des contre-indications absolues du traitement conservateur.

Pour mon compte personnel, je suis partisan des opérations en pleine période de la maladie, dans deux circonstances diverses :

1° Quand l'état général ne me permet pas de mettre en œuvre la méthode conservatrice ;

2° Quand je désire obtenir plus que l'ankylose, la *mobilité*.

1° Je n'ai pas besoin d'insister sur le premier point. Il est bien évident que devant un sujet qui s'épuise en suppurant, je ne puis refuser de lui sauver la vie, en pratiquant une résection ou une amputation, quand même cette résection ou cette amputation devraient entraîner, dans l'avenir, des troubles fonctionnels importants. Je ne refuse même pas la désarticulation de la hanche, quand les lésions sont assez étendues et l'état général assez précaire pour m'interdire toute autre opération.

2° Relativement à la seconde indication, j'admets qu'on discute.

Il s'agit ici d'une *opération orthopédique* en pleine évolution de la tuberculose locale.

Pour qu'une pareille intervention soit indiquée, il faut : 1° qu'il soit démontré que les autres méthodes ne donneront

pas mieux ; 2° qu'il soit démontré que l'intervention n'est pas plus grave que la simple conservation.

1° Jusqu'ici, je l'ai dit, la conservation n'a donné que des ankyloses dans l'immense majorité des cas. Le jour où il me sera démontré que la proportion des jointures ankylosées est moins grande à la suite du traitement conservateur, je n'hésiterai pas à adopter ce traitement. Mais je prétends qu'au *coude* et au *pied* c'est le *mouvement* qu'il faut viser. Or le mouvement, je l'obtiens facilement à la suite des arthrectomies chez l'enfant, de la résection chez l'adulte, ainsi qu'il a été démontré par mes statistiques.

De même l'*ankylose* pour le *genou*, chez l'adulte, est la terminaison la plus heureuse. La simple conservation n'arrive à la procurer que dans un espace de temps très long, tandis que l'opération radicale n'exige que fort peu de temps pour guérir la jointure. Dans ce cas encore, il faut donc opérer.

2° On a objecté la *gravité* de l'intervention. On a cité des statistiques. Mais nous avons mieux que les statistiques étrangères ou mélangées : nous avons le résultat de notre pratique, qui est uniforme. Or je le déclare et je prends pour témoins tous les élèves qui ont suivi mon service depuis dix ans, tous les médecins avec lesquels j'ai opéré, *jamais*, depuis dix ans, je n'ai vu une mort opératoire à la suite d'une résection articulaire.

On a objecté que les morts étaient retardées, que les opérés mouraient quelques mois après. Cela peut être exact, quand on considère les résections qu'on fait pour *sauver la vie*. A la suite d'une coxalgie suppurée ouverte et infectée, on fait une résection pour mettre fin à une suppuration, on réussit à calmer les accidents, mais on ne réussit pas toujours à éviter la réinfection et la mort n'est que retardée. Mais ces faits-là ne rentrent pas dans le cadre que je me suis tracé. Ici je ne parle que de l'*opération orthopédique*, faite en pleine évolution de la tuberculose, mais non pas en pleine infection. L'objection de la mort retardée, dans ces cas, n'a pas sa raison d'être. Les statistiques le démontrent. Les sujets reséqués du coude ou du pied vivent, et ce sont ces reséqués-là que j'ai actuellement en vue.

Conclusions. — Je conclus : L'intervention sanglante est indiquée dans les tuberculoses articulaires :

1° Après la guérison (opérations orthopédiques) ;

2° En pleine évolution de l'ostéo-arthrite :

a) Dans un *but vital*, quand la vie est menacée ;

b) Dans un *but orthopédique*, quand le résultat désiré (ankylose ou mobilité) est plus facilement et plus rapidement obtenu par l'opération que par la simple conservation.

On voit que je fais la part belle à la conservation et que je fais des concessions à ses adeptes, en ne discutant même pas la question de savoir si l'opération n'a pas pour résultat d'atténuer la tuberculose ou de raccourcir le temps exigé pour la guérison. Cependant, je ne saurais oublier ici que la résection du genou chez l'adulte guérit la tuberculose locale en trois ou quatre mois, tandis qu'il ne faut pas moins de deux ans pour arriver au même résultat par la méthode conservatrice.

COXALGIE

On peut distinguer dans la coxalgie trois périodes cliniques : la période *des contractures ;* la période *de l'abduction*, avec allongement apparent à la vue ; la période *de l'adduction*, avec raccourcissement apparent ou réel.

La suppuration ne constitue pas une phase spéciale de la maladie. Elle peut survenir à n'importe quelle période. Mais une distinction plus importante est celle de la coxalgie suppurée et fermée, et de la coxalgie suppurée et ouverte.

Voici les différents types devant lesquels le praticien se trouvera le plus souvent en présence :

1° Un enfant vous est présenté pour une douleur vive au niveau du genou et une certaine boiterie. Examinez le genou. Vous n'y trouvez rien. Reportez-vous du côté de la hanche ; faites déshabiller et coucher l'enfant sur une table dure, à plat. Appliquez le creux poplité contre la table. Il se

dessine immédiatement. au niveau des lombes, une *ensellure lombaire;* preuve évidente de la flexion de la hanche.

Prenez l'épine iliaque d'une main, imprimez des mouvements à la cuisse de l'autre main. La cuisse se meut avec le bassin. Pressez au niveau des points d'élection. Vous déterminez de la douleur. Voici donc le tableau d'une coxalgie avec contractures, légère flexion, immobilisation de la jointure, douleurs.

Indications thérapeutiques. — *Abattre les contractures, calmer les douleurs*, telles sont les deux indications.

Pour abattre les contractures, vous avez à votre disposition deux moyens : le chloroforme, suivi de l'application d'un appareil plâtré ou l'extension continue.

Si la contracture ne détermine qu'un léger degré de flexion, contentez-vous de l'extension continue, qui calme du même coup les douleurs. Établissez donc un appareil à extension, du genre de celui de Tillaux. Pour plus de commodité, faites faire une guêtre, qui embrasse la jambe et le genou ; à cette guêtre, attachez les poids (2, 3, 4 kilogrammes) ; élevez les pieds du lit.

Sous l'influence de l'extension, vous verrez disparaître rapidement les douleurs, la jambe s'allonge et, au bout de quinze jours, trois semaines, l'état général s'améliore.

Faut-il continuer encore l'extension? Non, parce que l'enfant confiné au lit ne pourra jouir d'un élément indispensable à la cure, *le grand air*. Profitez donc du redressement du membre et de la cessation des douleurs pour faire l'appareil. A l'heure actuelle, on est d'accord pour préconiser l'*appareil plâtré roulé*.

Vous pouvez placer, l'appareil, l'enfant étant couché sur le dos et, en vous aidant du pelvi-support; l'enfant debout et appuyé sur la jambe saine; l'enfant suspendu à l'appareil de Sayre par la tête et les épaules.

Garnissez le thorax d'ouate (une couche peu épaisse), protégez les saillies osseuses et procédez à la confection de l'appareil roulé en ayant soin de le faire ajusté, très grand depuis les mamelles jusqu'au-dessous du genou, résistant (trois épaisseurs de bande au moins). Au niveau de la hanche (point faible) renforcez l'appareil à l'aide d'une attelle en zinc, en bois ou même en carton incorporé dans le plâtre.

Si l'appareil n'est pas très épais, vous pouvez le renforcer en le badigeonnant d'une couche de celluloïd dissous dans l'acétone.

Avec cet appareil, l'enfant ne marchera que fort peu. S'il doit marcher, ce sera avec des béquilles et avec une semelle plus épaisse du côté sain, de manière à laisser suspendre le membre malade. Mais l'enfant sera transportable.

2° Voici une autre variété de coxalgie : Le membre inférieur est en abduction, rotation externe et allongement apparent. Il existe encore des contractures et des douleurs.

L'extension continue est moins à conseiller, et je préfère l'appareil immédiat.

L'enfant sera endormi au chloroforme, le membre sera redressé (ce qui est facile) par l'extension et la contre-extension dans cette position, mettez l'appareil plâtré et n'abandonnez pas la correction avant que le plâtre soit sec.

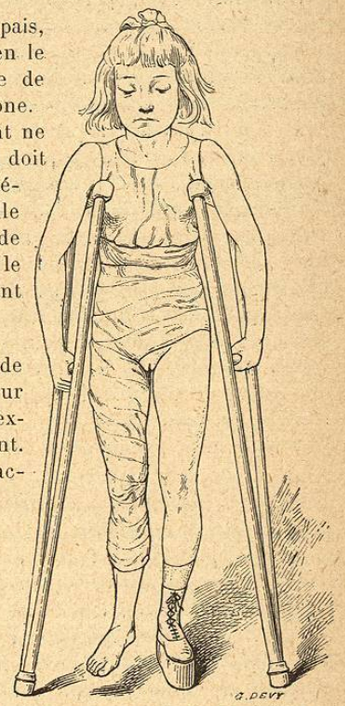

Fig. 44. — Appareil ambulatoire de la coxalgie.

3° Enfin la coxalgie se présente en adduction, rotation interne et raccourcissement.

Il existe une luxation ou non.

Appliquez d'abord l'extension continue, et, au bout de quinze jours, faites le redressement sous le chloroforme.

Ici les lésions sont plus anciennes et l'extension préalable servira à rendre le redressement plus facile.

L'appareil plâtré est, en somme, avec l'extension temporaire le seul traitement de ces coxalgies. Les appareils seront renouvelés tous les deux ou trois mois pendant un ou deux ans. D'ailleurs la seule indication pour cesser le port d'appareil est fournie par la *douleur à la pression*. Tant que la douleur existe, la coxalgie n'est pas guérie.

Le simple repos au lit sans aucun appareil n'est à conseiller que dans une seule circonstance : quand, au début d'une affection de la hanche, on hésite sur le diagnostic de la coxalgie. Le repos au lit guérit les pseudo-coxalgies. Il n'a jamais guéri une véritable coxalgie.

Quant à la gouttière de Bonnet, elle est bonne à employer quand les abcès et les fistules sont nombreux, qu'il est impossible de mettre un appareil plâtré, ou bien quand l'enfant est trop jeune, et ne supporte pas le plâtre. Dans ces cas, le lit de Lannelongue est préférable.

Abcès. — Dans n'importe quelle période de la coxalgie, on peut voir un abcès. Si l'abcès est volumineux, il faut le ponctionner et l'injecter à l'éther iodoformé. — Inutile d'avoir recours à l'aspiration. Un simple trocart flambé d'un moyen volume suffit. Quand l'abcès est vidé, injectez à travers le trocart une certaine quantité d'éther iodoformé et que la dose d'iodoforme ne dépasse jamais 3 grammes. Quant à la masse de l'injection, elle sera à peu près la moitié de la masse du pus qu'on a enlevé.

Au bout de huit jours recommencez la ponction. En général, deux ponctions suffisent; quelquefois il est nécessaire d'en faire trois ou quatre.

Si l'*abcès s'ouvre* à la peau pour une raison ou pour une autre, vous vous trouvez en présence d'une *coxalgie suppurée et ouverte*. Le danger est que la fistule s'infecte. Prévenez l'infection, lavez les fistules, dilatez-les avec des tiges de

laminaire aseptique, injectez de la teinture d'iode, de l'éther iodoformé, placez des crayons d'iodoforme. Faites surtout des pansements aseptiques.

Pour cela, il n'est pas bon de laisser la hanche découverte ; appliquez l'appareil plâtré et ménagez-vous une fenêtre, à travers laquelle vous traiterez l'abcès ou les fistules.

Si la *fistule s'infecte*, si la fièvre s'allume et que l'état général dépérit, l'*indication opératoire* est pour nous formelle. Il faut donner issue au pus, drainer, quelquefois *réséquer*.

Résection. — La *résection* dans la coxalgie, il faut l'éviter, non pas parce qu'elle est grave (elle ne l'est pas) ; mais parce qu'elle est *déformante*. Avec de bons appareils, le grand air, le repos, la bonne nourriture et des soins méticuleux d'asepsie on arrive à guérir très bien les coxalgies. Les malades ne boitent que très peu. Avec la résection, on guérit aussi les malades, mais ils deviennent très boiteux.

COXALGIE DE L'ADULTE

La *coxalgie de l'adulte*, beaucoup plus rare, comporte exactement les mêmes indications, avec cette différence qu'il est plus raisonnable de ne pas attendre si longtemps et de faire la *résection*, toutes les fois que la coxalgie est suppurée et ouverte.

COXALGIE GUÉRIE

La coxalgie, guérie avec *déformations*, est susceptible de s'améliorer par une opération orthopédique (ostéotomie).

La coxalgie, guérie avec fistule ancienne, demande des soins spéciaux ; mais elle ne réclame pas toujours une intervention active. Il existe des fistules qui persistent pendant longtemps sans altérer l'état général. Il faut savoir les respecter.

La coxalgie, arrivée à une certaine période, ne guérit jamais *sans ankylose*.