

précise, dans le but d'empêcher, s'il est possible, la fistulation de se produire, mais surtout, pour que celle-ci, ne s'établisse pas au niveau même du trou de ponction.

Le premier but sera réalisé par des ponctions systématiques, d'autant plus fréquentes, qu'il y a menace de fistulisation. En règle, pour un abcès où ce danger n'est pas à craindre, on considère qu'une période d'attente de quinze jours est suffisante, à moins que l'abcès ne montre des signes manifestes de régression.

On prévient la fistulisation au niveau même du trou de ponction, en abordant l'abcès par les tissus sains, c'est-à-dire, en faisant suivre au trocart, un trajet sous cutané, jusqu'à l'abcès. Il faut qu'il y ait au moins un pouce de tissu sain, si l'on veut obtenir une fermeture rapide du trou de ponction, ce que l'on ne pourrait espérer, au niveau même de l'abcès, où la peau est tendue, amincie, mal nourrie, n'ayant que peu de tendance à se régénérer. A l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, on a l'habitude de répéter souvent aux élèves l'aphorisme suivant : il faut ponctionner un abcès, "là où il n'est pas, là où il n'a pas été, là où il ne sera pas," c'est-à-dire, en dehors de lui, par l'intermédiaire des tissus sains, dans des tissus encore indemnes, et jamais dans sa portion déclive, là où il peut progresser.

On attache de moins en moins d'importance, aujourd'hui, aux injections de liquides modificateurs. On tend à en limiter l'emploi, uniquement aux cas où le contenu de l'abcès est trop épais pour être aspiré par un trocart. Ces liquides n'ont d'ailleurs aucune action véritable sur la paroi de l'abcès, mais ont une action liquéfiant manifeste sur son contenu, ce qui facilite beaucoup les ponctions. Les liquides modificateurs qui semblent le mieux réaliser ce but, sont, le thymol camphré et l'éther iodoformé.

Si malgré toutes ces précautions, la fistulisation vient à se produire, et qu'elle s'éternise au point de menacer l'état général, il faut parfois, pour sauver la vie du malade, avoir recours à la résection de la hanche, opération heureusement exceptionnelle, parce que, le plus souvent, elle laisse l'articulation dans des conditions orthopédiques bien médiocres.

La désarticulation de la hanche demeure l'extrême ressource du chirurgien dans le cas d'une infection secondaire très étendue, où même la résection ne donnerait aucun résultat.

Enfin, la coxalgie une fois guérie, peut laisser après elle une difformité très gênante au point de vue fonctionnel, qui est l'attitude vicieuse, en flexion adduction et rotation interne. Cette difformité est extrêmement gênante, parce qu'elle peut entraîner un raccourcissement fonctionnel énorme, en plus du raccourcissement anatomique déjà créé par la maladie elle-même. Le moyen le plus courant et le plus simple d'y remédier, est l'ostéotomie oblique sous trochantérienne, qui en remettant le membre dans la rectitude ou l'abduction légère, corrige presque en entier le raccourcissement fonctionnel. Il ne reste qu'à remédier au raccourcissement anatomique par le port d'une semelle plus élevée du côté atteint.