

Le membre est immobilisé dans sa nouvelle attitude à l'aide d'un second appareil plâtré semblable au premier—la plaque de contre-extension étant cette fois disposée du côté malade. L'enfant est toujours maintenu au repos. On s'assure par la radiographie que la réduction se maintient et l'on attend encore trois mois.

Ce temps écoulé, il est quelquefois indiqué d'anesthésier de nouveau l'enfant pour parachever la correction de l'attitude du membre en appliquant un nouvel appareil plâtré, qui est encore conservé un ou deux mois. Après quoi toute immobilisation est supprimée.

Ce troisième appareil est rarement utile. Il ne l'est le plus souvent que pour permettre la marche dans les cas où l'on craindrait, sans lui, soit une solidité insuffisante, soit, après quelques semaines de liberté au lit, une contracture en flexion et adduction.

La règle en somme est : *deux plâtres, de trois mois chacun*, puis mobilisation.

Durroquet, dans ces derniers temps, a modifié cette pratique, en ce sens que : 1^o il raccourcit la première étape d'immobilisation et la réduit à 4 ou 6 semaines, et 2^o que, pour la seconde, qui reste longue de 2 ou 3 mois, il remplace le plâtre par un appareil articulé avec lequel il est possible de mieux produire et de mieux diriger les efforts à faire pour ramener le membre en position normale.

“ Dans ce cas, ou par crainte de reluxation postérieure, on a dû après la réduction placer la cuisse en hyperextension, il faut au bout de deux ou trois semaines enlever l'appareil et ramener la cuisse en légère flexion, de façon à éviter la reluxation antérieure à laquelle expose l'hyperextension. Le reste du traitement se fait comme dans le cas ordinaire.

“ Nous devons, du reste, ajouter que les règles à suivre pour le changement de position à chaque renouvellement de l'appareil ne sont pas absolument fixes. Si, par exemple, la tête semble trop portée en avant ou en arrière, il faudra diminuer ou augmenter l'abduction. Celle-ci devra parfois être maintenue jusqu'à la fin de l'immobilisation.

“ La durée de la période d'immobilisation doit aussi varier suivant l'âge. Chez le jeune enfant il n'y a qu'avantage à la prolonger et d'autant plus que les tissus paraissent plus mous, moins

aptes à la rétraction inflammatoire. Elle sera de six mois en moyenne. Chez l'enfant âgé (10 à 15 ans) on peut, au contraire, la réduire à 4 ou 5 mois, par crainte de raideurs articulaires et d'atrophie musculaire. Une longue immobilisation est, du reste, moins indispensable à cet âge.”

B. PÉRIODE DE MOBILISATION

1^o. MOUVEMENTS ACTIFS.—La période de mobilisation commence dès que tout appareil est supprimé, donc au bout de six mois environ. La durée de l'immobilisation sera de un à deux mois, lorsque, dans les conditions dites plus haut, on aura cru devoir appliquer un troisième appareil plâtré. L'appareil enlevé on garde l'enfant au lit pendant 5 à 6 semaines, mais en lui permettant de s'y mouvoir librement. Il est ensuite autorisé à se lever quelques minutes d'abord, soutenu par un aide, puis avec un appareil de maintien ou en s'appuyant lui-même sur deux bâtons.

Les mouvements seront longtemps très limités. On encouragera le petit malade en le dirigeant par des exercices méthodiques, à les faire de plus en plus étendus.

2^o MOUVEMENTS PASSIFS (GYMNASTIQUE ARTICULAIRE).—Le but du chirurgien doit être à ce moment de rendre à la jointure sa souplesse normale et de corriger l'attitude vicieuse que l'on a parfois dû conserver en partie jusqu'à la fin de la période d'immobilisation. Les premiers mouvements à imprimer au membre seront exécutés avec prudence et douceur. On sera en particulier très patient dans la correction de l'abduction qui persiste parfois pendant un certain temps et qui d'ordinaire disparaît spontanément.

L'écueil, en effet, est que le membre, loin de rester en abduction, se place de lui-même en adduction exagérée. On comprend comment celle-ci tend nécessairement à se produire chez le malade qui marche. Instinctivement il prend l'habitude de se tenir sur le membre non opéré, élevant son bassin du côté malade et l'inclinant du côté sain. Dès que cette attitude vicieuse est reconnue, le chirurgien apportera tous ses soins à la combattre par des mouvements passifs appropriés. Lorenz conseille, à cet effet, l'extension pratiquée sur le membre malade pendant la nuit. Elle doit être continuée aussi longtemps que l'enfant n'est pas capable, étant couché sur