

Pratique Chirurgicale

Comment faut-il traiter la Coxalgie?

Par M. Henri Mayet, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, Paris.

Ouvrez vos livres classiques et consultez-les au sujet du traitement de cette affection banale que tous les praticiens doivent savoir soigner : la coxalgie. Vous y verrez d'abord un long historique, où vous apprendrez que, voici quarante ans, on ignorait encore les bienfaits de l'immobilisation. Ce que l'on ne vous dira peut-être pas, c'est que des Maîtres qui ont formé un grand nombre des nôtres, Velpeau, Gosselin affirmaient alors que la coxalgie était mortelle 80 ou 90 fois sur cent.

Dédions en passant cette statistique à ceux qui ont tenté naguère encore de parler du traitement ambulatoire de la coxalgie, et passons à des choses plus sérieuses.

L'auteur que vous consulterez vous dira certainement que la thérapeutique de cette longue et cruelle affection repose sur deux méthodes différentes. L'une, la plus ancienne, la plus classique peut-être, qui passait naguère encore pour le seul traitement efficace, *l'extension continue*. S'il n'en a pas inventé le principe, Lannelongue en fut certainement le promoteur incessant et le vulgarisateur heureux. Son nom mérite de rester attaché à cette méthode. L'autre, *l'appareil plâtré*, plus ou moins grand, plus ou moins étroit, de plus en plus grand et de plus en plus étroit, et auquel se sont ralliés nombre d'orthopédistes plus modernes, grands brasseurs de plâtre. Mais ce qu'on oubliera très souvent de vous dire, et ce qui cependant vous intéresse au premier chef, vous praticiens, qui vous occupez peu des théories mais bien davantage de vos malades, c'est laquelle de ces méthodes est préférable, laquelle vous donnera les plus nombreux et les meilleurs résultats. C'est que l'on discute encore sur cette importante question, et je n'en veux pour preuve que les comptes rendus des sociétés savantes et les articles parus dans les journaux médicaux de ces deux dernières années.

Mon rôle est tout différent. Il consiste non pas à vous exposer la question en litige, mais à essayer de la trancher devant vous au nom du bon sens et de l'expérience quotidienne.

Or, cette expérience nous donne d'abord une notion que je voudrais mettre en lumière au commencement de cette leçon. Ce sont les résultats incomplets trop souvent obtenus par l'un quelconque de ces traitements. Quelque habiles que soient les mains qui les aient soignés, dans quelque climat qu'ait été appliquée une thérapeutique même excellente, nombreux sont les coxalgiques qui ne guérissent qu'au prix de difformités définitives et disgracieuses : c'est là un fait contre lequel aucune statistique n'a le droit de s'élever, car (passez-moi l'expression) il court les rues et les plages. Et ce fait nous conduit à cette conclusion : il y

a de grands progrès à faire dans le traitement de la coxalgie ; et, disons-le en passant, ces imperfections mêmes sont sans doute l'origine de la dualité des thérapeutiques proposées.

Étudions donc ensemble les imperfections et aussi les qualités de ces deux traitements ; peut-être de cette étude comparative sortira-t-il pour nous un enseignement précieux.

L'extension continue a pour elle l'idée générale : la suppression de l'ulcération compressive et de la contracture. Si elle était toujours fidèle, elle guérirait l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche avec mobilité articulaire et absence de raccourcissement. Et, de fait, tout le monde s'accorde à reconnaître que c'est à elle qu'on doit les succès les plus complets. Bien appliquée, bien supportée et bien surveillée, elle donne des résultats parfaits. Elle suppose un appareil facile à faire ; et, si d'autres prétendent (ce qui me semble un peu paradoxal) que tout praticien, après avoir lu un livre très imagé, peut très bien faire un plâtre de coxalgie, à plus forte raison tout praticien peut fort bien appliquer un appareil à extension.

Mais cette méthode porte en elle-même un très grand défaut, je veux dire sa simplicité : elle est parfaite dans l'expérimentation sur le cadavre, et Lannelongue a montré qu'elle y produisait un écartement des surfaces articulaires de 2 à 3 centimètres. Mais n'oubliez jamais, Messieurs, que cette thérapeutique doit s'adresser le plus souvent à des enfants, souvent indociles, toujours avides de mouvements et sur lesquels la persuasion est presque constamment impuissante à obtenir l'immobilité et l'obéissance stricte aux prescriptions du chirurgien.

Et si d'aventure vous rencontriez le petit malade idéal, il vous arriverait presque constamment de vous trouver en face d'un entourage encore plus difficile à persuader ; et, lors même que vous croiriez avoir réussi, si, défiant comme vous devez l'être, vous faites à chaque visite une enquête minutieuse, si vous arrivez à l'improviste, vous constaterez que vos prescriptions ne sont pas suivies ; les parents sont peut-être convaincus, les grands-parents le sont beaucoup moins, les domestiques pas du tout. Si bien que trop souvent les petits coxalgiques, qui, mis à l'extension, devraient être immobiles, ne le sont pas complètement ; au début ils acceptent peut-être ces ordonnances, puis au bout de quelques semaines, lorsque le traitement a amené l'atténuation des douleurs, ou lorsque la surveillance s'est un peu ralentie autour d'eux, ils *trichent* avec leur appareil, ils contractent leurs muscles pour tirer sur le poids et soulever légèrement leur jambe malade, ils déplacent leur bassin, se tournent souvent d'un côté ou de l'autre, et cela, en dépit d'un certain nombre de précautions accessoires, liens, sangles thoraciques, coussins de sable de chaque côté des jambes, etc.

Enfin, l'expérience montre également que, si l'extension continue écarte les surfaces articulaires, elle sait mal corriger la rotation externe du membre : l'une des positions vicieuses habituelles à la coxalgie.

L'appareil plâtré a toute espèce de qualités que l'extension continue n'a pas. Il fixe le membre inférieur par rapport au tronc dans une position et une direction précises. Il nécessite en général une surveillance beaucoup moins mi-