et plusieurs autres chirurgiens, a reçu le nom de *coxalgie hystérique*. Cette dernière affection est en effet caractérisée par une douleur vague, s'étendant à toute la longueur du membre et qu'une pression superficielle exaspère au niveau des fausses côtes, de l'iléon et de la malléole; par l'absence de toute déformation; par l'hyperesthésie des téguments et des muscles; par un état stationnaire qui ne s'efface que graduellement et seulement à mesure que s'éteignent les troubles nerveux concomitants. Mais un moyen bien plus positif encore de la distinguer des désordres coxalgiques, c'est de soumettre le malade à une anesthésie complète. Il est alors possible de constater de la façon la plus péremptoire l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

On peut moins facilement distinguer la coxalgie d'avec la névralgie sciatique; cependant on doit remarquer que cette dernière détermine des points douloureux lombaires, sacro-iliaques, iliaques et fémoraux, tandis qu'elle laisse le genou et le trochanter indolents à la pression; que, d'autre part, l'attitude vicieuse et la claudication qu'elle amène obligent les malades à rester courbés en marchant, n'osant point contracter trop vivement les muscles de la cuisse, tandis que la coxalgie oblige les malades à conserver une rectitude exagérée, afin de transporter le membre sans le plier et en rasant le sol avec la pointe du pied.

Les caractères qui peuvent servir à distinguer la tumeur blanche coxo-fémorale de la sacro-coxalgie sont assez tranchés; en effet, si dans les deux cas la douleur, par une bizarrerie insidieuse, débute plutôt au genou que dans l'articulation, et si la difficulté de la progression, de même que les symptômes généraux, offrent une certaine analogie, on peut aussi observer que dans la sacro-coxalgie le toucher de l'articulation sacro-sciatique, pratiqué soit au côté externe, du côté de la peau, soit du côté interne, par le vagin ou le rectum, développe la douleur et que l'articulation coxo-fémorale conserve la liberté de ses mouvements, en même temps que sa position normale. De plus, lorsque la sacro-coxalgie arrive à la suppuration, la marche des abcès aide à la caractériser, à moins que les deux maladies, ainsi qu'on l'a observé plusieurs fois, ne coexistent sur le même sujet.

Certains abcès de la hanche, qu'ils soient circonvoisins ou migrateurs, peuvent, à une certaine période de leur évolution, faire croire à une coxalgie, par la douleur, par la gêne des mouvements qu'ils suscitent dans les fonctions articulaires, non moins que par les symptômes généraux qui les accompagnent.

Robert, dans sa clinique chirurgicale, prétend avoir observé un certain nombre d'abcès idiopathiques développés dans le tissu cellulaire situé sous le muscle grand fessier, et qui auraient pu tromper le chirurgien si les mouvements de la hanche n'avaient pu être exécutés sans

difficulté, et si d'ailleurs l'absence de douleur sympathique au genou n'avait écarté toute idée de coxalgie.

Quant aux abcès migrateurs, tels que ceux qui suivent la gaîne du psoas, qu'ils aient pour point de départ une psoïte, une affection du grand trochanter, de l'os iliaque ou de la colonne vertébrale, il est habituellement facile, en s'aidant des descriptions tracées à propos de chacune de ces maladies, d'écarter toute espèce d'erreur. En effet, les symptômes du début se manifestent dans une région plus ou moins éloignée de l'articulation coxo-fémorale, et ce n'est qu'à une période plus avancée de la maladie, lorsque les abcès ont suivi une marche déterminée, qu'on voit apparaître les symptômes locaux et généraux qui pourraient en imposer pour une suppuration développée primitivement dans la jointure, si l'évolution de la maladie n'était elle-même accompagnée d'un appareil symptomatique propre à déterminer l'origine du pus.

Dans certains cas, le diagnostic avec l'arthrite sèche, les corps étrangers et les fractures qui l'accompagnent, pourra être établi en mettant à profit les considérations que nous avons précédemment exposées dans le chapitre où nous avons décrit ces diverses affections, et aussi celles que nous consacrerons plus loin à la maladie désignée sous le nom de *morbus coxæ senilis*.

Il n'est pas jusqu'au cancer des os qui composent l'articulation coxo-fémorale qui n'ait pu faire croire à l'existence d'une coxalgie. Un fait semblable a été signalé par J. Burns. Le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie, bien que l'articulation de la hanche eût été profondément convertie en une matière molle, uniforme et sanguinolente. Toutefois la rareté de cette dégénérescence est telle, qu'il convient de n'en faire ici qu'une simple mention.

En général, le diagnostic de la coxalgie et de la luxation congénitale de la hanche est facile quand on a affaire à un sujet qui a franchi la première enfance. Mais s'il s'agit d'un sujet de quinze mois, à formes arrondies, on doit être très-réservé. Néanmoins on pourra s'appuyer sur ce fait que, dans la luxation congénitale, les enfants, même ceux qui boitent en marchant, peuvent courir sans souffrir; ce qui n'a pas lieu dans la coxalgie. Quelques auteurs ont prétendu que ce diagnostic est difficile, parce que la coxalgie du fœtus est une cause fréquente de luxation congénitale. Mais nous pensons que cette dernière constitue une maladie à part et qu'il est aisé de distinguer de la tumeur blanche par l'absence de douleur et de tuméfaction, jointe à la mobilité exagérée de l'articulation.

Pronostic. — Cette affection semble ne point présenter, dans les premières années de la vie, la gravité qu'elle offre plus tard. Cette opinion est celle de Baffos, qui, pendant plus de vingt-cinq ans, a été

chargé du service de chirurgie de l'hôpital des Enfants. Je me rappelle, en effet, avoir vu, dans cet hôpital, un grand nombre d'enfants de deux à quatre ans, qui présentaient tous les symptômes de la coxalgie au début, et chez lesquels la maladie a été complétement guérie. M. R. Marjolin fait aussi remarquer, et avec juste raison, que si la coxalgie prise au début est facile à combattre et à enrayer, il est très-difficile au contraire de guérir les jeunes malades qui ne sont traités qu'à une période avancée de la maladie.

Le pronostic variera d'ailleurs suivant l'étendue des désordres locaux, l'état général du malade, la présence ou l'absence des abcès par congestion. Dans ce dernier cas, elle est presque constamment mortelle.

Chez les individus depuis longtemps malades, on observe quelquefois un arrêt de développement du fémur, une sorte d'atrophie qui peut s'étendre au reste du membre, ainsi que j'ai eu l'occasion de le démontrer sur des pièces présentées autrefois à la Société anatomique.

Enfin, il est à noter que la coxalgie est très-sujette à des recrudescences qui se manifestent surtout au printemps. On voit rentrer à l'hôpital, vers cette époque de l'année, des malades qu'on était en droit de croire guéris.

La coxalgie paraît avoir, chez le fœtus, une assez grande gravité. En effet, dans les cas où elle a été observée, la maladie a suivi une marche rapide, a donné lieu à des lésions déjà très-avancées lorsque l'enfant venait au monde, et s'est presque toujours terminée par la mort.

Traitement. — Nous avons souvent signalé, dans nos leçons professées à l'hôpital des Cliniques, les indications principales qui se rapportent au traitement des diverses périodes de la coxalgie ; ces indications sont au nombre de cinq :

1° Combattre la maladie première et s'opposer à ses progrès.

2° Prévenir les déviations et les déplacements.

3° Corriger les déplacements ou les déviations quand ils se sont produits à cause de l'absence de traitement antérieur ou malgré plusieurs traitements convenablement appliqués.

4° Chercher à rétablir les mouvements dans l'articulation qui a été malade.

5° Combattre certaines complications importantes de la maladie.

A. Ce que nous avons dit du traitement des tumeurs blanches en général nous dispense d'entrer ici dans de longs détails. Nous nous bornerons à dire que la fémoro-coxalgie constituant ordinairement une maladie fort grave, on devra lui opposer dès le début les moyens de traitement locaux et généraux les plus énergiques, à moins toutefois qu'on n'ait affaire à des enfants très-jeunes. En effet, chez eux, lorsqu'on est appelé à temps, ce qui n'arrive malheureusement pas tou-

jours, des frictions irritantes avec un liniment ammoniacal, une médication tonique, des moyens hygiéniques, et au besoin, si les sujets sont vigoureux, quelques émissions sanguines locales (R. Marjolin), suffisent souvent pour amener la guérison.

Quand ce premier traitement est insuffisant, on a proposé les dérivatifs locaux, tels que les pommades irritantes, les badigeonnages iodés, l'application de vésicatoires ou même du cautère actuel. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet de la médication dérivative locale ; nous dirons seulement que son efficacité est beaucoup moindre que celle qu'on peut tirer de l'immobilité.

B. L'immobilité du membre offre d'ailleurs un autre avantage qui est lui-même de la plus haute importance, puisqu'elle permet de combattre la contracture des muscles et de prévenir les déviations ou les déplacements des membres. Divers appareils ont été imaginés pour mieux assurer ce résultat. Les uns, comme ceux de Desault, de Bonnet, dont nous avons parlé à propos des fractures du fémur, ou comme ceux de P. Guersant et de R. Marjolin dont la disposition rappelle celle de l'appareil de Scultet, n'ont pour but que de maintenir le membre dans la rectitude et parallèlement à l'axe du corps. D'autres, tels que ceux qui ont été construits par Martin (1) et

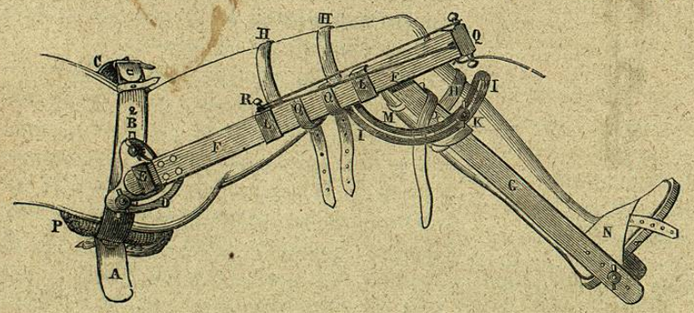

Fig. 274. — Appareil de Martin.

par Malgaigne, n'ont encore pour but que d'immobiliser le membre en le plaçant dans la demi-flexion. Il en résulte qu'après la guérison, cette position fâcheuse peut persister sans qu'il soit possible d'y remédier. D'autres encore, comme ceux de MM. Mathieu, Sayre, Guillot et Davis, ont pour but de laisser le membre à découvert et de s'opposer aux déplacements de la tête du fémur. L'appareil de M. Mathieu se compose habituellement d'une ceinture qui emboîte le bassin en prenant son point d'appui sur le sommet des épines iliaques ; de deux

(1) *De la coxalgie*, par Martin et M. Collineau, 1 vol. in-8.

béquilles annexées à cette ceinture et qui remontent sous les aisselles, qu'elles supportent de manière à transmettre à la ceinture le poids de la tête, de l'épaule et du bras ; enfin d'un système de tiges articulées sur les côtés des membres et qui s'attachent, en haut à la ceinture, et en bas aux semelles des chaussures, de façon à transmettre au sol, pendant la station verticale, tout le poids du tronc, sans qu'il passe par les fémurs.

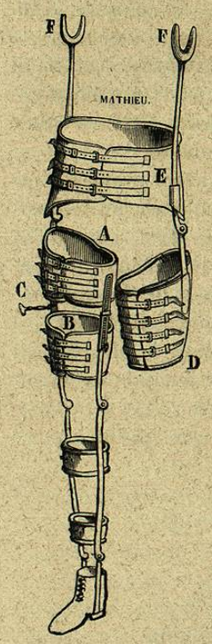

Fig. 275. — Appareil de Mathieu.

L'appareil de M. Sayre prend son point d'appui autour de la racine de la cuisse, et plus spécialement au niveau de l'ischion, au moyen d'une ceinture en forme de sous-cuisse. Cette ceinture supporte une attelle externe qui est fixée au-dessus du genou par un lien spécial et par des bandelettes de diachylon entre croisées comme l'indique la figure 276. La même attelle externe sert à la fois à l'extension et à la contre-extension du membre malade. Pour obtenir ce résultat, elle est munie dans son milieu d'une vis qui agit, à la manière de l'appareil de Desault, sur les deux portions dont elle est composée.

L'appareil du docteur Davis se compose aussi d'une ceinture coxale armée de doubles sous-cuisses. Sur la partie rigide de la ceinture se fixe, après s'être coudée pour épouser la forme de la hanche, une attelle externe qui se termine en bas par une pédale. Comme dans l'appareil ci-dessus décrit, l'attelle est en deux rallonges qu'une crémaillère fait jouer l'une sur l'autre.

D'autres enfin ont sur tous les précédents l'avantage de joindre à l'immobilité une compression méthodique qui contribue non moins que l'immobilité, sinon plus, à faire résoudre l'inflammation chronique. Parmi ces derniers appareils, voici celui que j'ai imaginé et auquel je donne la préférence : La cuisse, la hanche et l'abdomen étant recouverts d'une épaisse couche d'ouate, j'immobilise et comprime toutes ces parties à l'aide d'un bandage roulé fortement serré, qui, au niveau de la hanche malade, revêt la forme d'un *spica*. Or, on sait que le *spica* dit *de l'aine* nécessite pour la solidité de son maintien l'enroulement autour du ventre d'un certain nombre de tours de bande qui, au bout de peu de temps, causent au malade une certaine gêne s'ils sont trop serrés, et se relâchent dans le cas contraire. Pour parer à ce double inconvénient, j'ai l'habitude de réunir tous les tours de bande

qui recouvrent la paroi antérieure de l'abdomen, à l'aide d'une autre bande portée au niveau de la ligne médiane, et qui les enserre solidement, comme on peut le voir sur la figure 277.

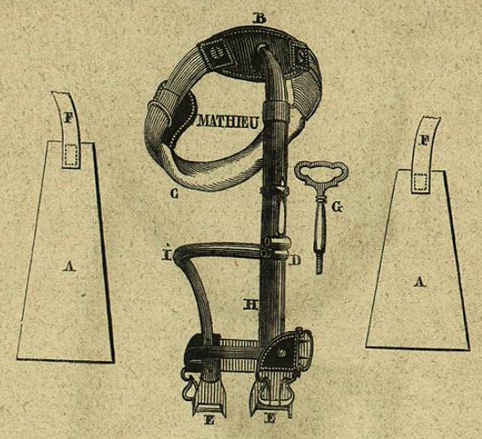

Fig. 276. — Appareil de Sayre.

Tous ces appareils sont, bien entendu, destinés non-seulement à maintenir le membre dans une bonne position, mais encore à empêcher autant que possible la luxation et le raccourcissement consécutifs du membre. Car il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'observer avec quelle facilité les luxations se produisent, si l'on n'a pas réussi à appliquer à temps une bonne contention. Or, j'ai eu souvent recours à ces appareils mécaniques, et surtout à celui que M. Mathieu a construit et perfectionné à plusieurs reprises sous mes yeux. J'ai également employé, à l'occasion, la plupart des autres appareils qui ont été proposés. Mais je dois dire qu'aucun d'eux, malgré quelques services rendus, ne produit une traction suffisante pour éloigner l'une de l'autre les surfaces articulaires, et ne fournit de résultat aussi satisfaisant que l'appareil ouaté dont j'ai précédemment parlé.

C. Lorsqu'il existe une déviation ou un déplacement au moment où le chirurgien est appelé, Boyer et, avec lui, la plupart des chirurgiens de ce siècle s'accordent à regarder comme définitif et irrémédiable le déplacement éprouvé par la tête fémorale à la suite de la coxalgie. Cependant Humbert fut amené à penser que ces luxations pouvaient laisser l'espoir d'une réduction. Le succès répondit à son attente : six fois, en effet, il fut assez heureux pour replacer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Sa méthode consiste en une extension graduelle et

permanente opérée pendant un temps qui peut varier d'une semaine à plusieurs mois, à l'aide d'une machine assez compliquée, dont nous ne pourrions donner une idée exacte par une description. Quoi qu'il en soit, il est bon pour faire ces tentatives, d'agir avec prudence et de recourir à l'emploi des anesthésiques, afin de faciliter les manœuvres.

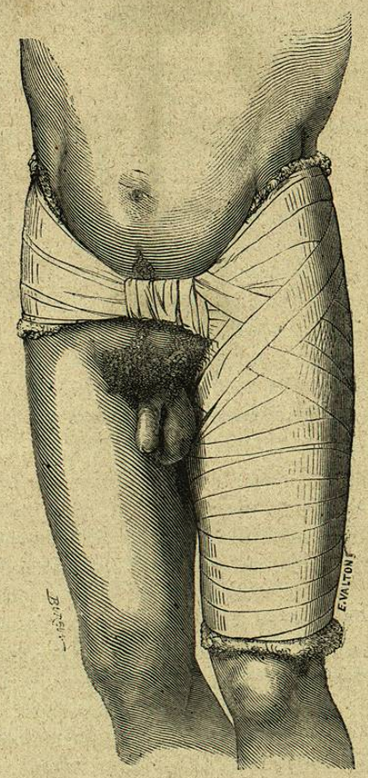

Fig. 277. — Appareil de Nélaton.

Après cette réduction, l'articulation est maintenue immobile pendant tout le temps nécessaire pour que les liens articulaires distendus reprennent leurs dimensions normales. Cette méthode est sans doute très-séduisante ; cependant il faudrait bien se garder d'y avoir recours d'une manière intempestive. On est trop heureux, le plus souvent, d'obtenir la guérison au prix d'une luxation avec ankylose, pour aller compromettre par des tentatives hasardeuses ce résultat souvent inespéré.

Remarquons, en outre, que la claudication pourra rarement être évitée, même après la réduction, soit que l'articulation ne reprenne ses mouvements que d'une manière incomplète, soit que le fémur, ayant éprouvé un arrêt dans son développement, ait une longueur absolue moins considérable que celui du côté opposé. S'il était permis de préjuger quels sont les cas qui comportent le mieux ces tentatives de réduction, nous dirions qu'elles conviennent spécialement : 1° lorsque, la maladie ayant eu une marche aiguë, la luxation s'est produite en peu de temps, ce qui permet de croire que la cavité cotyloïde conserve en partie sa forme et ses dimensions normales; 2° lorsque, après un dégorgement complet de tous les tissus qui entourent l'article, le fémur semble jouir d'une certaine mobilité dans la fosse iliaque externe. Mais ce sont là des prévisions qui auraient besoin d'être vérifiées par l'observation. Attendons de nouveaux faits pour décider une question aussi délicate.

D. La quatrième indication est relative à la roideur et à l'ankylose qui tendent à se produire pendant le cours de la maladie. Il est rarement utile de chercher à les combattre. Cependant lorsqu'on veut obtenir ce résultat, il faut donner la préférence aux appareils qui permettent le mieux de remplir les indications précédentes et de prévenir en même temps les dangers qui résulteraient d'une immobilité trop absolue. A ce point de vue, les appareils de MM. Mathieu, Sayre, etc., rendent certains services. Toutefois, lorsqu'en 1850 j'engageai M. Mathieu à munir son appareil d'articulations dites à *genouillères* ou à *noyaux*, j'avais pensé que je pourrais imprimer plus facilement au membre des mouvements en tous sens, aussitôt que la maladie serait en voie de guérison assez avancée pour les permettre. J'obtins ainsi facilement des mouvements d'adduction et l'abduction. Mais je ne tardai pas à me convaincre que les mouvements de flexion et d'extension, qui d'ailleurs sont les plus importants, ne pouvaient être exécutés que dans une étendue beaucoup trop restreinte. C'est pour ce motif que, depuis cette époque, j'ai donné la préférence à l'appareil ouaté qui, tout en immobilisant le membre, permet au malade de marcher à l'aide de béquilles et de prendre sur le membre un point d'appui suffisant pour empêcher autant que possible l'ankylose de se produire.

L'ankylose d'ailleurs n'est pas toujours à redouter. Elle peut chez certains malades fournir un mode de terminaison qu'il est bon de favoriser. Mais elle peut aussi, dans d'autres cas, se produire dans des conditions telles qu'il faut, ou se hâter de l'attaquer si elle est en voie de formation, ou même chercher à la rompre si le travail de consolidation est trop avancé.

Celle qui succède habituellement à une position vicieuse peut être complète ou incomplète, avec ou sans rétraction des muscles et