

drain placé profondément jusqu'au voisinage de l'os recevra désormais tout ce qui pourra s'épancher entre les lambeaux rapprochés.

J'ai terminé, Messieurs, cette leçon qui avait pour but de vous montrer que le chirurgien a le devoir d'agir quand l'indication s'impose quels que soient les dangers à redouter. J'ai voulu faire entrer dans vos esprits la conviction qui m'anime et je ne saurais mieux finir qu'en vous rapportant ces paroles de Verneuil : « La désarticulation coxo-fémorale est considérée comme la plus grave des amputations. Certains chirurgiens seraient disposés à la proscrire, d'autres ne la pratiquent qu'en désespoir de cause; tous en ont grand'peur. »



SIXIÈME LEÇON

Sur un cas de coxalgie hystérique.

Observation d'une malade entrée dans la salle 8. — Signes offerts par elle : ils appartiennent à la coxalgie hystérique.

Diagnostic différentiel de cette affection. — Son pronostic. — Son traitement.

MESSIEURS,

Une de nos malades de la salle 8 me paraît aujourd'hui très digne d'attirer votre attention. C'est une jeune femme de vingt-trois ans, malade depuis trois mois environ, qui ressentit au début de l'affection qui l'amène vers nous, une douleur vague du côté de la hanche droite. Cette douleur, à laquelle elle ne voulut tout d'abord prêter aucune attention, s'exagéra bientôt mais n'entrava pas la marche. La jeune malade continua à travailler jusqu'au jour où le mouvement devint réellement pénible : il y a de cela trois semaines.

Inquiétée par un certain degré de claudication que

suffisait à expliquer la douleur de plus en plus vive chaque jour, elle n'hésita plus à réclamer son admission à l'hôpital Saint-André où nous la retrouvons aujourd'hui.

L'histoire des débuts est très simple, vous le voyez; j'ajoute que jamais le sujet soumis à notre étude n'a été malade et que ses parents ont toujours joui d'une santé parfaite.

Cette jeune femme est pâle, grasse, à chairs un peu flasques; mais vous ne découvrez aucune cicatrice sur les cornées, point d'érythème ou d'ulcérations au niveau du nez et des oreilles; les ganglions ne sont pas tuméfiés. Par conséquent, vous concluez avec moi qu'il n'existe pas de lésions scrofuleuses et que la tuberculose ne joue aucun rôle dans la maladie locale que nous allons étudier ensemble.

Quand, après ces constatations générales, on examine de plus près la maladie qui nous occupe, on voit, en découvrant les membres inférieurs, qu'il y a entre eux une différence de longueur : à droite, il existe un raccourcissement de cinq centimètres. Le pli de l'aîne du même côté est douloureux et la douleur se propage franchement vers le genou correspondant.

Poursuivez maintenant cet élément capital de notre diagnostic : la douleur, et vous verrez que la pression exercée sur la région inguinale l'exagère beaucoup, qu'il en est de même des différents mouvements que

vous imprimez au membre; que toute pression, tout choc dirigé sur le trochanter fait souffrir la malade en augmentant encore cette douleur inguinale; et enfin que la propulsion du membre tout entier, de bas en haut, comme si l'on voulait faire heurter la tête du fémur contre sa cavité cotyloïde, produit encore le même résultat.

Ce sont bien là, Messieurs, les premiers signes d'une affection douloureuse de l'articulation coxo-fémorale, puisque les divers modes d'exploration, les divers mouvements qui visent spécialement l'articulation, produisent une exagération de l'élément douleur.

Mais voici que, nous éloignant un instant de la hanche pour vérifier l'état des parties voisines, nous trouvons que le pourtour de la région qui déjà nous a fourni des signes si précieux, est également douloureux, je dirai même plus douloureux que l'articulation. La région ovarienne droite est des plus sensibles, et chose remarquable, la sensibilité qu'on y retrouve semble, à certains moments, diminuer, augmenter ou se déplacer, si bien qu'il serait difficile de lui assigner un siège absolument précis. Or, Messieurs, cette mobilité est un signe que vous devez inscrire parmi les caractères principaux qui vous serviront tout à l'heure pour formuler un diagnostic exact.

Vous avez vu que j'ai, avec le plus grand soin, exploré la peau des régions fessière, abdominale et

lomulaire : l'hypéresthésie s'y retrouve indiscutable. Autre signe d'une importance extrême pour asseoir le jugement que vous porterez.

Poursuivons l'examen de notre malade en attachant toute notre attention à l'attitude spéciale du membre inférieur droit. Il est raccourci, vous l'avez vu; mais il est aussi légèrement fléchi sur le bassin, et le genou légèrement porté en dedans, témoigne d'un certain degré de rotation interne.

Nous devons nous attendre à trouver encore des déviations corrélatives du côté du bassin. Et en effet, l'épine iliaque antéro-supérieure est plus élevée; le bassin est remonté à droite; aussi, l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière côte est-il notablement rétréci, tandis que du côté gauche il conserve son étendue normale. Enfin il existe une cambrure lomulaire qui s'exagère quand on veut étendre le membre et disparaît si l'on vient à le fléchir.

Il faut, en effet, remarquer que la cuisse est immobilisée sur le bassin et que les mouvements spontanés ou provoqués déterminent invariablement sur lui des changements d'attitude comme si le fémur et l'os iliaque étaient soudés l'un à l'autre : l'extension surtout le démontre à l'évidence, et nous concluons sans hésitation : ce n'est plus l'articulation coxo-fémorale qui est le centre du mouvement, c'est la colonne lomulaire qui maintenant supplée à ses fonctions perdues.

Vous le savez, la malade boite depuis trois semaines; mais si vous la faites tenir debout, que voyez-vous encore? Un seul des membres repose bien sur le sol (le membre gauche), et si vous obligez cette jeune femme à rapprocher le membre droit pour que les deux membres puissent toucher le sol, le côté gauche se fléchit notablement.

Après cet examen, Messieurs, il n'est pas besoin, ce me semble, d'insister davantage pour réunir d'autres signes favorables au diagnostic de coxalgie.

Nous laissons bien loin derrière nous les autres lésions qui peuvent, à la rigueur, se traduire par un tableau clinique analogue, telle que la sacro-coxalgie, les abcès péri-coxaux, les ostéites du grand trochanter ou de l'extrémité du fémur. Mais, si nous restons en face du diagnostic de coxalgie, nous devons nous souvenir que coxalgie, dans le sens vraiment clinique, veut dire : affection douloureuse de la hanche, et vous n'ignorez pas qu'à ce titre les lésions nerveuses, rhumatismales, tuberculeuses de la hanche, rentrent de plein droit dans les coxalgies.

C'est à un diagnostic précis qui trace définitivement nos déterminations thérapeutiques qu'il faut maintenant s'attacher.

Eh bien! Messieurs, en étudiant les faits que nous avons sous les yeux, il m'a semblé qu'un d'entre eux devait entre tous attirer notre attention : je veux parler de la douleur étendue sur plusieurs régions à la

fois et variable dans ses manifestations. Ce n'était plus la douleur classique de la coxalgie commune, de l'arthrite en un mot, mais bien celle de l'hypéresthésie musculaire; et de tous les muscles malades autour de la jointure, le carré des lombes était le plus atteint.

Je constatai donc que la douleur, si elle était exagérée par la pression et les divers mouvements, l'était aussi quand on se bornait à un simple attouchement de la peau de toutes les parties voisines de la hanche; symptôme qu'on ne trouve jamais dans l'arthrite coxo-fémorale.

Plus loin, sur la colonne vertébrale, je retrouvai un grand nombre de points apophysaires, correspondant à d'autres points douloureux de la région costale, et aucun d'entre eux ne me parût fixe, parfaitement défini. Ici, comme précédemment, la douleur était instable, passant facilement de droite à gauche, qu'il s'agit de la colonne vertébrale, des côtes ou bien de la peau des autres régions.

Il était donc évident pour moi que l'élément nerveux occupait ici la première place et j'en eus bientôt une autre preuve dans un signe fourni par le système des vaso-moteurs.

Tous, en effet, vous avez été témoins des modifications curieuses présentées tout à coup par la peau, quand nous avons découvert la malade. Sur les membres inférieurs, de nombreuses plaques rouges ont

apparu, et bientôt se sont étendues vers les aines et le ventre : il y avait là, selon l'expression de Brodie, comme de vastes plaques d'urticaire, résultat certain d'une paralysie momentanée des nerfs vaso-moteurs. Séance tenante, j'ai devant vous tracé avec l'extrémité du doigt et l'ongle de longues traînées sur la peau du ventre et de la poitrine, et, bientôt après, des lignes rouges analogues aux taches dont je viens de vous parler, se sont montrées, comme on le voit aux cours d'affections cérébrales graves.

Mais voici qu'une dernière considération vient encore à l'appui de notre manière de voir. Qué sont les troubles fonctionnels, c'est-à-dire quel est l'état des muscles du membre malade? Personne n'ignore avec quelle rapidité les muscles s'atrophient autour d'une articulation malade, et surtout dans la coxalgie. Or, depuis bientôt trois mois que la maladie s'est affirmée, pas un des muscles du membre droit n'est amaigri, frappé d'atrophie.

Du reste, Messieurs, souvenons-nous un instant des caractères généraux qui composent le tableau clinique de la coxalgie tuberculeuse. Le malade est pâle, amaigri, il a de la fièvre, de l'insomnie; son appétit se perd tous les jours davantage : tout l'organisme souffre, entraîné par une pente insensible vers la suppuration. Existe-t-il quelque chose d'analogue chez cette jeune femme? Non : elle est pâle, blonde, un peu délicate, mais elle dort bien, mange avec appétit,

est régulièrement réglée, ne tousse pas, et conserve ses forces en dépit de la douleur qui l'inquiète et l'immobilise.

Le diagnostic me paraissait certain. Cependant, malgré cet ensemble de symptômes tous très probants, j'ai voulu le compléter par l'anesthésie que vous saviez d'avance devoir nous donner des résultats confirmateurs.

Dans la coxalgie hystérique, en effet, la déviation doit, sous le chloroforme, disparaître absolument sans la moindre manœuvre, ou bien se trouve vaincue par les plus légers mouvements si la contracture durait depuis déjà longtemps. Dans tous les cas, le membre revient à sa place sans qu'il se produise le moindre craquement, le moindre frottement dans l'articulation.

Au contraire, dans la coxalgie, dans l'arthrite vraie, il faut souvent déployer une certaine force pour redresser la déviation qui ne s'efface que très peu sous l'influence de l'anesthésie. Au moment de la réduction on a ordinairement la sensation très nette de craquements, de déchirures, dans l'articulation et autour d'elle.

Chez notre malade, le résultat n'a pas été contraire à notre attente. Les muscles sont devenus flasques et peu à peu, seule, sans effort, l'articulation a repris son attitude normale, le membre a recouvré sa position; seulement, avant que l'anesthésie fût complète, nous

avons vu un instant la contracture abandonner le côté droit pour se présenter à gauche. Plus tard, tout avait disparu pour faire place à une rectitude absolue, à une complète liberté du mouvement.

C'était donc à un état de contracture des muscles coxo-fémoraux que nous avions affaire, et cette contracture était de nature hystérique.

Mais quels sont les muscles plus particulièrement frappés?

Je vous ai, à un moment donné, fait remarquer que les muscles pelvi-trochantériens du côté malade n'étaient guère plus durs que ceux du côté sain, et que le carré des lombes paraissait à lui seul faire ici tous les frais de la déviation, des attitudes vicieuses: il était en effet très douloureux, dur, raccourci.

C'est un fait général, Messieurs, non seulement dans la coxalgie d'origine nerveuse, mais aussi dans toutes les lésions douloureuses de la hanche, que le carré des lombes constitue l'obstacle dont il faut surtout triompher dans les manœuvres de réduction. Et, en effet, n'est-il pas logique de déduire une à une, de sa contracture, les déviations du bassin qui est élevé et en rotation interne, du membre inférieur qui se porte en adduction entraîné par le bassin.

Tels sont, Messieurs, les traits caractéristiques du tableau que je voulais aujourd'hui vous tracer de la coxalgie nerveuse, de la coxalgie hystérique.

Je veux bien que la malade qui nous a fourni l'occa-

sion de faire cette étude, ne soit pas une grande hystérique; la grande hystérie n'est pas une condition nécessaire qui s'impose dans le diagnostic de la coxalgie nerveuse. D'autres signes plus atténués suffisent. La jeune femme que vous avez étudiée a le clou hystérique, elle pleure et rit sans motifs, est très émotif, et à aucun d'entre nous ne viendrait la pensée de nier qu'elle est d'un tempérament très nerveux.

Quel est le sort de pareilles malades? Vers quelle issue marche cette singulière affection? La coxalgie hystérique n'a certes pas la gravité de la tumeur blanche dont les désordres les plus graves ou une guérison relative sont toujours la conséquence; mais rappelez-vous que cette maladie est de longue durée, soumise aux modifications les plus subites, les plus imprévues, ou d'une ténacité telle que la fin ne semble jamais pouvoir en être obtenue. Telle malade guérira insensiblement, tandis que telle autre restera des mois immobilisée ou bien se trouvera un certain jour à tout jamais débarrassée de son mal sans que la thérapeutique ait le moins du monde participé à cet heureux résultat.

Aussi, pensé-je, Messieurs, qu'il faut avant tout s'occuper chez ces malades de l'état général qui devra être soutenu et surveillé avec soin.

Il ne faut pas immobiliser. Les appareils qu'on emploie contre la coxalgie sont destinés à combattre

l'inflammation qui deviendra constamment plus étendue et plus vive, si la jointure peut se mouvoir. Ici qu'est-il besoin d'immobilité quand il n'y a pas d'arthrite? Nous avons de la contracture; eh bien, agissons surtout avec l'hydrothérapie, le massage et l'électricité: les courants continus, surtout, pourront nous rendre des services; c'est à eux que je recourrais de préférence.

Si ce traitement rationnel ne réussit pas, Messieurs, il faut savoir attendre, observer, diriger la malade selon les circonstances, et se renfermer avec fermeté dans la conviction qu'on s'est faite de l'inutilité des moyens employés. Viendra un moment où la maladie guérira seule, comme on l'observe si souvent dans les divers troubles de l'hystérie confirmée.

Après un mois de traitement par les courants continus et le massage, la malade a quitté l'hôpital, débarrassée de toute douleur et de toute claudication; la guérison était complète.

