

de tubercules. Comme lésion tardive en cas de guérison, signalons les diverses variétés d'ankyloses et même la soudure prématurée de deux pièces du cotyle ainsi que nous l'avons observée. Enfin dans le jeune âge les membres correspondants, le fémur lui-même sont atrophiés; il y a un arrêt de développement sur lequel ont insisté OLLIER, BERGUIEN.

Symptômes. — Bien qu'elle offre de nombreuses variétés dans son évolution, nous décrirons les symptômes de la coxalgie, en prenant pour type les cas les plus communs dans lesquels l'affection marche régulièrement depuis la synovite simple jusqu'à la suppuration. Les trois périodes principales sont : 1^o la période initiale ou de claudication correspondant à la congestion et à l'exsudation; 2^o la période des fongosités (*Florescenz stadium* des Allemands); 3^o la période de suppuration et de marasme.

Période initiale ou de claudication. — **Gonalgie.** — Habituellement les débuts sont très insidieux; s'agit-il d'un enfant, il boite et traîne la jambe en marchant; plus petit il refuse de rester debout, demande à être sur les bras. Cette claudication, plus prononcée le soir après la fatigue, trahit simplement une appréhension instinctive de l'enfant à faire porter le poids du corps par le membre lésé. Aussi dans sa marche incline-t-il le tronc sur le membre sain et reste-t-il le moins longtemps qu'il peut sur l'autre pied. Il en résulte une déambulation irrégulière dont l'œil se rend compte et que l'oreille perçoit encore mieux (signe du maquignon). Comme le dit HUETER, certaines coxalgies se bornent là et l'on conçoit qu'un tubercule osseux central produise seulement de la sensibilité au moment de la pression.

Bientôt, après quelques semaines, parfois davantage, la douleur se joint à la claudication et présente des caractères particuliers; l'enfant essaye de marcher, mais au bout de peu d'instant il est obligé de s'arrêter. En même temps sa gaieté disparaît, le soir il devient pénible, difficile, les nuits sont mauvaises. Tantôt le malade indique la hanche comme siège du mal, tantôt le genou. Cette dernière localisation, désignée sous le nom de gonalgie, existe assez fréquemment. En réalité il s'agit d'une douleur excentrique sur la nature de laquelle on a émis bien des hypothèses. Elle a été attribuée à un réflexe du système nerveux (BÉRARD), à un phénomène sympathique (MARTIN et COLLINEAU), à des lésions simultanées du genou, hydarthrose (BONNET, MALGAIGNE, VERNEUIL) à la contracture des muscles pelvi-trochantériens, à une névrite du nerf obturateur (CRUVEILHIER, ERICHSEN, THOMSON), à une ostéite propagée à la moelle (RICHEL). D'ailleurs cette douleur, plus d'une fois cause de méprises, ne conserve pas très longtemps ses caractères primitifs. Elle n'existe pas seulement pendant la marche, mais la pression de la hanche en des points déterminés la réveille; parmi ces lieux d'élection citons le triangle de Scarpa, un peu au-dessous de l'arcade, et la région trochantérienne. Vient-on à pousser de bas en haut le membre malade en prenant la plante à pleine main, le genou étendu, le coxalgique manifeste également une vive souffrance.

Comme autres signes propres à la période du début signalons un certain degré d'atrophie des muscles, des troubles fonctionnels se traduisant par une diminution des mouvements; ceux d'abduction et de rotation en dedans sont de bonne heure limités. Les contractures réflexes surviennent alors, de telle

sorte que la hanche semble soudée au bassin qui se meut tout d'une pièce. Il ne s'agit pas encore de troubles musculaires très profonds, car l'anesthésie chloroformique fait disparaître ces contractures et permet de mobiliser la jointure.

Deuxième période. — **Fongosités.** — A mesure que la capsule s'altère, devient fongueuse, avec une rapidité fort variable suivant qu'il s'agit d'une synovite ou d'une ostéo-arthrite, aux symptômes de la première période s'en ajoutent d'autres non moins caractéristiques dans leur ensemble. Le membre affecté une attitude spéciale. En général la cuisse se fléchit légèrement sur le bassin, se place dans l'abduction et la rotation en dehors. Le malade se lève, mais la marche devient de plus en plus pénible; l'enfant s'appuie pour marcher et se fatigue très rapidement.

Or cette flexion est en moyenne de 20°; l'abduction et la rotation en dehors forment un syndrome considéré comme pathognomonique de la coxalgie. On a beaucoup discuté pour expliquer par quel mécanisme se produisait cette *attitude vicieuse*. Deux opinions méritent surtout de fixer notre attention: la théorie mécanique de BONNET et la théorie musculaire.

BONNET a spécialement étudié l'effet produit par une injection de liquide ou de cire dans l'articulation coxo-fémorale. Lorsque la jointure se trouve progressivement distendue par le liquide, on voit le fémur se fléchir en même temps qu'il subit un mouvement d'abduction et de rotation en dehors. De là à conclure que l'attitude vicieuse de la coxalgie résulte de l'accumulation d'un épanchement dans la cavité articulaire il n'y avait qu'un pas, et pour BONNET l'hydarthrose expliquerait la position vicieuse. Il est impossible de nier complètement cette action, néanmoins l'hydarthrose est assez rare et certains malades placent leur membre dès le début dans une position inverse, adduction avec rotation en dedans. Peut-on assimiler ce qui se passe sur le cadavre alors que le fémur est dépouillé de ses parties molles avec les phénomènes observés sur le vivant? Certains auteurs ne le pensent pas, ils ont proposé des explications différentes.

L'autre théorie fait jouer le rôle principal aux muscles; le fémur obéirait à la contraction d'une façon passive ou bien le coxalgique prend lui-même cette attitude pour se soulager. Pour HUETER, l'exsudation articulaire ne saurait être plus active que le liquide d'une injection impuissante à déplacer le membre en entier; aussi fait-il intervenir la volonté.

Déplacement. — Quoi qu'il en soit, l'attitude vicieuse entraîne à sa suite un certain nombre de modifications, de déformations et un changement de longueur du membre aujourd'hui faciles à comprendre, qui ont donné lieu pendant la première moitié du siècle à de longues dissertations. Nous voulons parler de l'ensellure et de l'allongement apparent du membre.

Lorsqu'on cherche à placer le membre affecté parallèlement à celui du côté opposé, on y parvient assez aisément, mais alors les reins se cambrent, l'ensellure se produit. Or il est facile de comprendre, en jetant un coup d'œil sur la figure 255, que la flexion de la cuisse sur le bassin a été corrigée par une inclinaison du bassin en avant, et celle-ci entraîne à sa suite la lordose.

De même, le coxalgique peut, dans une certaine mesure, corriger l'abduction

en inclinant le bassin latéralement, comme dans un parallélogramme articulé de Watt, l'autre hanche s'élève, le fémur du côté malade descend plus bas et ainsi s'explique l'allongement apparent du membre, variable de 2 à 6 centimètres (fig. 256). Cette inclinaison du bassin en bas, en avant et en dehors détermine toujours une scoliose compensatrice dans la colonne lombaire. Enfin, pour obvier au mouvement de rotation en dehors, l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade se place sur un plan plus antérieur que l'autre.

A côté de l'allongement apparent, quelques auteurs admettent un allonge-

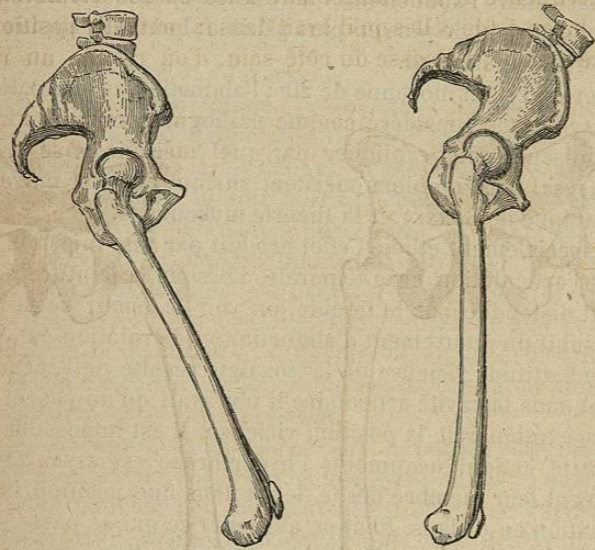


Fig. 255. — Schémas montrant la correction de la flexion dans la coxalgie par l'inclinaison du bassin en avant et l'ensellure lombaire.

ment réel très faible; autrefois on faisait intervenir le gonflement des cartilages, du ligament rond, l'épanchement lui-même. HUETER et LOSSEN pensent que cet allongement qui se mesure en millimètres tient à la suractivité pathologique du cartilage sérié de la tête du fémur.

D'autres symptômes caractérisent encore cette période; ce sont : l'amaigrissement du membre, le gonflement de la hanche par suite de l'œdème et de l'infection tuberculeuse du tissu cellulaire qui prend un aspect lardacé.

Les muscles et principalement les fessiers subissent une atrophie progressive. A partir de ce moment les mouvements volontaires deviennent impossibles; le coxalgique se condamne au lit; les douleurs acquièrent alors une si grande intensité que le moindre mouvement communiqué non seulement au membre mais même au lit lui fait pousser des cris. Son plus grand soin est d'immobiliser sa jambe et c'est dans ce but qu'il augmente la flexion sur le bassin. On conçoit qu'à cette période les altérations ne restent pas limitées à l'articulation; la péri-arthrite s'ajoute à l'arthrite.

C'est alors que surviennent chez beaucoup de coxalgiques des modifications importantes dans l'attitude du membre; au lieu de conserver la rotation en dehors et l'abduction, la cuisse se place dans l'adduction et la rotation en dedans; quant à la flexion, elle persiste et même s'accroît jusqu'à former un angle de 40° en partie compensé par une flexion plus forte du bassin et la lordose lombaire. On a attribué cette attitude vicieuse à la position que les malades prennent dans leur lit; effectivement, à ce stade, ils se couchent de préférence sur le côté sain et la jambe se place d'elle-même dans l'adduction et la rotation en dedans.

Comme conséquence de ce changement d'attitude, le membre présente des déformations inverses de celles qu'il avait dans la première position; la hanche s'élève du côté malade, s'abaisse du côté sain, d'où résulte un raccourcisse-

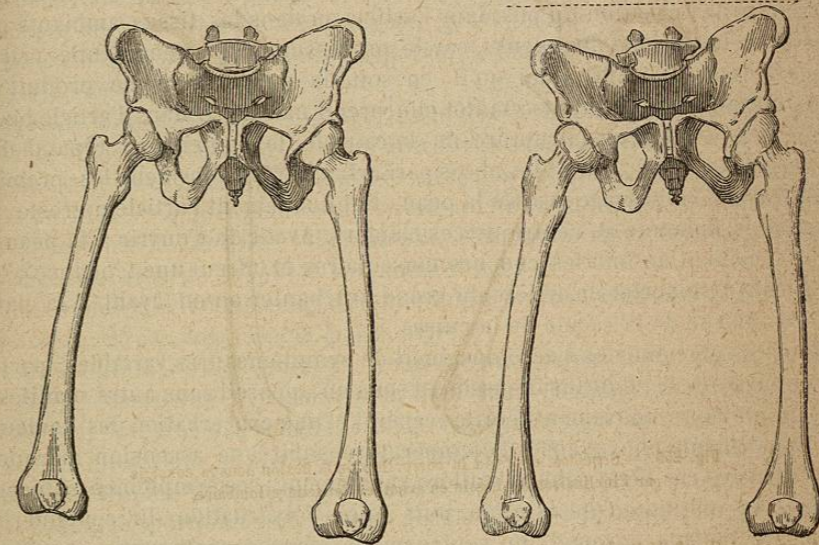


Fig. 256. — Schémas montrant la correction de l'abduction dans la coxalgie par l'inclinaison latérale du bassin et expliquant l'allongement apparent.

ment apparent; le pli fessier s'élève; l'épine iliaque antéro-supérieure du côté lésé remonte en arrière pour compenser la rotation de la cuisse en dedans.

A ce raccourcissement apparent incontestable, s'ajoute dans nombre de cas un raccourcissement réel assez important. Nous voulons parler de la subluxation et de la luxation de la tête du fémur sur lesquelles les anciens insistaient. Or la luxation vraie, complète de la hanche, est très rare dans la coxalgie. HUETER admet qu'elle peut succéder à une atrophie du cotyle ou de la tête, mais il ne saurait accepter la luxation par le fait d'un épanchement intra-articulaire qui repousserait la tête hors de sa cavité. Ce dernier mécanisme n'a jamais été prouvé pour la coxalgie tuberculeuse; plusieurs auteurs l'ont noté dans les coxalgies rhumatismale (VERNEUIL), scarlatineuse, métastatique. Lorsque la tête profondément altérée par les progrès de la carie disparaît ou

se sépare du col, la luxation complète s'explique plus facilement, particulièrement chez les enfants; la contracture musculaire achèverait l'œuvre du tubercule. Comme dans les fractures du col du fémur, il se formerait une néarthrose au niveau de la fosse iliaque. D'ailleurs la luxation en haut et en arrière n'a pas seule été observée; nombre d'auteurs signalent la luxation ovale ou pubienne. Beaucoup plus commune, la subluxation postéro-supérieure du fémur reconnaît pour cause l'usure du sourcil cotyloïdien dont nous avons déjà fait mention. La tête du fémur, constamment poussée en haut et en arrière, par la contracture des adducteurs dont les antagonistes sont annihilés, subit une migration insensible sans rencontrer d'obstacle sérieux à son déplacement.

Période de suppuration. — Il est des coxalgies qui n'aboutissent jamais à la suppuration, tout en présentant les signes des périodes précédentes. D'un autre côté la formation du pus dans l'article ou dans les tissus ambiants peut exister à la période fongueuse, car le processus destructeur a une marche essentiellement lente. Quoi qu'il en soit, la suppuration se produit par deux mécanismes différents; tantôt elle prend naissance dans l'article ou les os, et après l'usure ou la rupture de la capsule le contenu se répand dans les tissus ambiants, tantôt les abcès péri-articulaires se forment les premiers et se frayent un passage jusqu'à la peau. Habituellement l'article ne reste pas longtemps indemne au centre de ces clapiers. Avant de s'ouvrir à la peau les abcès décollent au loin les couches musculaires et offrent une tendance assez manifeste à se porter en arrière du grand trochanter ou en avant à la partie antéro-interne de la racine de la cuisse.

Tous ces phénomènes s'accompagnent de symptômes très variables; parfois la suppuration s'établit insidieusement sous un appareil sans autre manifestation qu'un léger mouvement fébrile vespéral et une exacerbation des douleurs, ensuite à chaque nouvel abcès la température subit une ascension marquée; dans d'autres cas l'état général s'altère rapidement; les symptômes subjectifs acquièrent une intensité extrême, puis après l'évacuation du contenu des foyers, le malade éprouve un soulagement marqué, malheureusement peu durable.

En effet, la période fistuleuse commence, remarquable par sa longue durée et aussi par l'absence presque absolue de tendance à la réparation. Si les parties nécrosées ont été éliminées lors de l'ouverture des abcès, l'arthrite pourra se terminer favorablement, mais presque toujours les séquestres trop volumineux, enchatonnés ou encore adhérents au fond du cotyle, les foyers de carie envahissants entretiennent les anciens trajets, provoquent la formation de nouveaux foyers.

La disposition des abcès autour de la hanche mérite de nous retenir quelques instants; elle a été l'objet de recherches intéressantes de la part d'HABERERN et de DHOURDIN. Nombre d'abcès après avoir rompu la capsule en avant et en dehors du ligament de Bertin, au lieu de se porter dans la cuisse, fument dans la gaine du muscle psoas; aussi le pus a-t-il quelque tendance à remonter en haut et en dedans, dans la fosse iliaque (abcès récurrents). Certains tubercules de la partie supérieure du cotyle s'ouvrent dans la fosse iliaque

et y provoquent une périostite tuberculeuse suppurée; la surface de l'os se recouvre de dépôts osseux grisâtres caractéristiques. Les ganglions tuberculeux suppurés provoquent également dans quelques circonstances le phlegmon iliaque.

Les abcès intra-pelviens ne sont pas très rares et reconnaissent diverses origines: 1° le pus formé dans l'article pénètre dans le bassin par une perforation du cotyle; 2° le pus prend naissance dans le périoste post-acétabulaire et ne communique pas primitivement avec la hanche. Tantôt la matière caséuse reste comme enkystée en ce point (MARJOLIN), tantôt le pus se porte vers la fesse en suivant l'obturateur interne, vers la cuisse le long des vaisseaux obturateurs ou il remonte dans la fosse iliaque interne. On l'a vu se faire jour dans le rectum, dans le creux ischio-rectal, dans l'urètre. La rupture dans le péritoine, signalée par MARTIN et COLLINEAU, est exceptionnelle. DHOURDIN cite un exemple d'hémorragie grave, consécutive à l'ulcération de la honteuse interne et dans une observation de CHARVOT l'artère iliaque externe avait été ulcérée.

Marche. Terminaisons. — Si d'ordinaire la coxalgie a une marche lente, variable de deux à cinq ans, dans d'autres cas son évolution offre une acuité insolite. Ainsi des arthrites suppurées avec fièvre intense ont pu amener la mort en huit ou quinze jours; mais cette marche suraiguë ne nous semble pas appartenir à l'arthrite tuberculeuse. Néanmoins chez certains malades les abcès et l'arthrite suppurée surviennent vite.

Les coxites tuberculeuses se terminent de trois manières différentes: 1° par résolution; 2° par ankylose; 3° par la mort.

1° *Résolution.* — L'affection convenablement traitée à son début peut se résoudre, éventualité peu commune, sauf dans l'enfance. D'ailleurs le rétablissement intégral des fonctions ne se comprend qu'à la première période avant les altérations profondes des cartilages et de la capsule (GIBERT, VALLETTE). L'atrophie et le raccourcissement du membre sont, comme l'a établi E. BÖCKEL, proportionnels au temps pendant lequel le membre a été privé de ses fonctions.

2° *Ankylose.* — L'ankylose coxo-fémorale survient aux différents stades de la maladie, soit à la période des fongosités, soit après la suppuration. Il faut admettre que le tubercule perd sa virulence et que s'il y a eu suppuration, les produits nécrobiotiques et les fragments osseux séquestrés ont été éliminés. On comprend qu'après la rupture de la capsule un fragment de la tête puisse être entraîné par le pus et qu'un processus réactionnel de bonne nature succède au précédent; les deux parties de l'article dépouillées de cartilage se souderaient l'une à l'autre, tantôt dans une position vicieuse, tantôt dans une attitude qui permettra ultérieurement les fonctions.

L'ankylose n'est pas toujours osseuse; dans certains cas il s'établit une sorte de pseudarthrose fibreuse, au niveau du cotyle ou à une certaine distance en haut et en arrière, par suite de la subluxation du fémur.

3° *Mort.* — La coxalgie, dès qu'elle arrive à la période fongueuse, met en danger la vie des malades, mais les risques sont beaucoup plus grands lorsque la suppuration s'établit. Parfois l'ouverture des foyers de suppuration est

suivie d'une fièvre intense et de septicémie probablement embolique; les veines contiennent des thrombus ramollis et dans les poumons il existe des infarctus. Cette septicémie nous paraît moins rare qu'on ne le croit, et maintes fois nous avons rencontré l'ostéite gangreneuse dans les foyers de coxalgie suppurée qui primitivement étaient tuberculeux; en outre, d'autres épiphyses présentaient des foyers infarctiques analogues à ceux du poumon. Parmi les diverses causes de la mort, citons: l'épuisement, la diarrhée colliquative, la phthisie pulmonaire, la granulie, la méningite tuberculeuse, l'infection putride, la fièvre hectique, la néphrite et l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde des viscères. L'existence d'abcès intra-pelviens constitue une circonstance fâcheuse et les chances de mort sont encore augmentées. Ajoutons la possibilité des altérations artérielles et veineuses.

Diagnostic. — Dans la majorité des cas l'hésitation ne saurait être longue en présence d'une coxalgie; l'ensemble des symptômes mentionnés suffira généralement. Le chirurgien sera affirmatif lorsqu'il trouvera réunis les cinq signes suivants: 1° la douleur localisée, spontanée ou provoquée; 2° la claudication; 3° la rigidité de l'article; 4° l'attitude spéciale du membre; 5° les déformations. Nous ne reviendrons pas sur chacun de ces points, nous bornant à indiquer la manière de procéder aux mensurations qui permettront de constater l'allongement ou le raccourcissement. Le procédé classique consiste à mesurer la distance qui sépare les épines iliaques antéro-supérieures des malléoles; pour cela il faut placer le bassin dans une attitude fixe, étendre les membres sur un plan horizontal et s'assurer de la symétrie et du parallélisme de ces parties, en constatant que les épines iliaques sont à la même hauteur. A cet effet un fil est tendu d'une épine à l'autre, perpendiculairement à l'axe du corps représenté par un autre fil. Dans ces conditions la mensuration donnera un raccourcissement ou un allongement suivant les cas. Sans être à l'abri de tout reproche, ce procédé préconisé par MALGAIGNE, NICAISE, nous semble préférable à ceux de GIRAUD-TEULON, PARISE, beaucoup trop théoriques ou qui nécessitent des appareils spéciaux déjà décrits.

Diagnostic de la coxalgie à la première période. — Il est de la plus haute importance de savoir distinguer de bonne heure la coxalgie et c'est souvent un point difficile. Chez l'enfant qui ne marche pas, qui ne sait localiser sa souffrance, on n'aura d'autre moyen que de le tenir suspendu par-dessous les bras; le petit malade agite en tout sens le membre sain tandis que l'autre reste immobile. Plus tard la boiterie doit attirer l'attention, et mieux vaut un excès de prudence que d'attribuer comme on le fait vulgairement à la croissance un symptôme très important. De même nous poserons en principe que dans tous les cas où un enfant boite et se plaint du genou il faut penser à une coxalgie. Rappelons la pression douloureuse en avant et en arrière du grand trochanter, la souffrance accusée par le malade en pressant le talon de bas en haut ou en poussant le trochanter contre le cotyle. Le signe du maquignon, l'abaissement du pli fessier rendront encore des services. Certaines coxalgies ne sont pas douloureuses; TRÉLAT en a cité des exemples, en pareil cas la boiterie peut seule éveiller les soupçons.

Diagnostic de la deuxième période. — Ici les attitudes vicieuses, l'abduc-

tion, la flexion et la rotation en dehors jointes à l'allongement apparent dominent la scène; la tuméfaction, la chaleur de la région, la souffrance plus vive, l'immobilité de plus en plus fixe serviront utilement au diagnostic. GOSSELIN, pour juger du degré d'immobilité de la jointure, engage le malade à détacher le talon du lit; il y parvient d'autant moins que l'article est plus intéressé. Bientôt l'attitude change, la flexion persiste et même augmente, mais le membre se place dans l'adduction et la rotation en dedans. Au raccourcissement apparent s'ajoute le raccourcissement réel dû à la subluxation en haut et en arrière.

La coxalgie suppurée ne saurait être méconnue; l'existence des fistules dont l'exploration au stylet permet de constater les connexions avec l'articulation coxo-fémorale lèverait les doutes. Le toucher rectal rendrait, d'après CAZIN, de grands services pour reconnaître les foyers suppurés post-acétabulaires.

Diagnostic des formes de la coxalgie. — Est-il possible de déterminer avec précision la forme de la coxalgie? Quelques auteurs l'ont pensé, tels sont ERICHSEN, MARTIN et COLLINÉAU, BARWELL, etc.; ils ont ainsi assigné aux coxalgies fémorales, acétabulaires, capsulaires des symptômes propres. Aujourd'hui, l'expérience paraît avoir fait justice de ces distinctions théoriques; d'ailleurs plus des trois quarts des coxalgies sont d'origine osseuse et surtout acétabulaire. Parmi ces symptômes nous citerons la différence de la douleur; la gonalgie serait spéciale à la forme fémorale; dans la synovite fongueuse la douleur plus aiguë siège à l'aîne et s'exaspère par le mouvement. Dans la coxalgie acétabulaire la souffrance moins fréquente, se localiserait dans la fosse iliaque interne ou à l'épine iliaque antéro-supérieure; le toucher rectal provoque une douleur post-acétabulaire. BARWELL a décrit des signes encore plus précis; suivant cet auteur dans la forme synoviale « l'enfant traîne son membre, le soulève lentement, porte le poids du corps sur le membre sain ». S'agit-il de la variété fémorale, le pied ne traîne pas; le malade se porte dessus aussi peu que possible et ramène le membre sain en avant très rapidement le corps se balançant sur le côté de la coxalgie; le poids du corps en appuyant sur le fémur fait beaucoup souffrir. Dans la forme pelvienne, le pied du côté affecté avance un peu en avant de celui du côté sain; quand le poids arrive, le tronc se porte du côté sain et le coxalgique refuse de s'appuyer.

Diagnostic différentiel. — Les différents états pathologiques qui sont susceptibles d'être confondus avec la coxalgie se rangent dans trois groupes distincts: 1° les inflammations péri-articulaires; 2° les lésions du bassin et de l'articulation sacro-iliaque; 3° les lésions des muscles et des nerfs. On pourrait avec TRÉLAT donner à toutes ces affections le nom de pseudo-coxalgies en raison de leurs traits de ressemblance.

a. Parmi les *inflammations péri-articulaires* nous signalerons la périarthrite coxo-fémorale de DUPLAY, l'inflammation de la grande bourse séreuse sous-fessière. Avec un peu d'attention on arrive à reconnaître l'indépendance de l'article qui a conservé une partie de ses mouvements et n'est pas douloureux à la pression; l'anesthésie permettrait d'acquiescer une certitude plus grande à cet égard. Dans le psôitis la douleur siège plus haut dans les lombes et s'irradie ensuite à l'aîne; la percussion du talon est indifférente, la gonalgie