

résulte des recherches de Gurlt, que la plupart des individus opérés pour plaies par armes à feu pouvaient se servir plus ou moins parfaitement de leur membre, de sorte qu'ils purent continuer leurs occupations antérieures. Dans quelques cas, on vit persister de la raideur du genou, de la faiblesse du membre, un raccourcissement considérable ; mais d'autre part on a vu des malades qui pouvaient faire des lieues à pied ou rester toute une journée debout en se servant d'une canne.

En général, les résultats fonctionnels que fournit la résection dans les cas de coxalgie, sont bien plus favorables ; il existe de nombreux cas dans lesquels les malades s'appuient sans l'aide d'une canne sur leur jambe, peuvent marcher longtemps, et se servent de leur membre comme d'une jambe normale. Dans un cas de coxalgie double, Billroth réséqua les deux hanches ; le résultat fut excellent, car l'enfant pouvait marcher, courir ; et ce n'était qu'en procédant à un examen minutieux que l'on pouvait constater une légère limitation dans les mouvements.

Enfin nous citerons comme le cas le plus brillant le malade de Sayre qui après résection gagna un prix de patinage.

Dans un cas d'ostéomyélite spontanée où je diagnostiquai un abcès dans la tête fémorale gauche avec perforation de l'articulation, je réséquai la tête ; l'abcès se trouvait dans l'épiphyse, et avait provoqué non seulement la suppuration de la hanche, mais un décollement partiel de l'épiphyse. Aujourd'hui, après 8 ans, le résultat est brillant ; le jeune homme marche, court, saute, grimpe, danse, monte à cheval, la jambe se développe et est aussi forte que l'autre.

§ 8. — Coxalgie.

Arthrites de la hanche en général. — Ce que nous désignons d'une façon générale par coxalgie, est très variable au point de vue de son étiologie, de ses symptômes et de son importance. Au point de vue étiologique, on devrait compter ici les processus d'origine traumatique, rhumatismale, dyscrasique, et métastatique ; au point de vue clinique on rencontre des épanchements séro-synoviaux, l'arthrite suppurée, l'arthrite déformante, des processus fongueux ou destructifs. En ce qui concerne leurs terminaisons, les affections de cette articulation peuvent se terminer par résolution, par ankylose complète ou incomplète, par décollement de l'épiphyse, par luxation ou pseudoluxation, si bien que l'on pourrait faire un long chapitre sur les affections de cette importante articulation.

Les anciens pathologistes établissaient leurs divisions d'après les

suites cliniques ; c'est ainsi que Rust la divise dans son *arthrokakologie*, et avant lui, Petit avait fait de même ; ils prirent pour point de départ la luxation, c'est-à-dire les déformations et destructions osseuses. Plus tard l'anatomie pathologique figura au premier plan ; on parla d'épanchements articulaires, de suppuration, de tuberculose. Enfin ce fut l'étiologie qui fut prise comme point de départ. Quant à nous, dans ce chapitre comme dans tous ceux qui traitent des grandes articulations, nous ne ferons aucun schéma, et nous développerons notre sujet en nous plaçant uniquement au point de vue pratique.

Ce que les praticiens entendent par *coxalgie*, dans le sens le plus étroit du mot, c'est *la tuberculose de l'articulation* de la hanche, et c'est *avant tout une maladie de l'enfance*. Il s'agit ou bien d'une tuberculose primitivement osseuse, ou bien d'une tuberculose de la synoviale. La tuberculose osseuse paraît être de beaucoup la plus fréquente. Le foyer osseux peut se développer sur le fémur ou sur l'os iliaque, de sorte que la division de Blasius en coxalgie fémorale et coxalgie pelvienne est à cet égard fondée.

Mais que le foyer initial soit sur le fémur ou sur le bassin, l'articulation finit presque toujours par être prise tout entière. On comprend qu'un foyer de la cavité cotyloïde infecte immédiatement l'articulation, mais il est besoin de quelques explications pour comprendre comment un foyer développé dans la tête ou à sa surface peut infecter l'articulation. A l'épaule en effet la tuberculose osseuse provient très rarement d'un foyer huméral ; mais il est beaucoup plus fréquent de constater des abcès froids périarticulaires dus à une caverne osseuse. La différence qui existe entre ces deux articulations s'explique immédiatement quand on considère la disposition de la capsule articulaire.

A l'humérus, la tête seule est en contact avec la glène ; au fémur, au contraire, elle est enfermée tout entière dans l'intérieur de l'articulation osseuse (dans l'espace circonscrit par le bourrelet), et, de plus, le col fémoral tout entier, du moins en avant, est compris dans la cavité articulaire puisque les attaches les plus externes de la capsule se font sur la ligne inter-trochantérienne. A l'extrémité supérieure de l'humérus, un foyer tuberculeux a donc de grandes chances pour s'ouvrir en dehors de l'articulation, tandis qu'un foyer osseux de l'extrémité supérieure du fémur ne s'ouvre qu'exceptionnellement en dehors de l'articulation ; il se rompt dans la cavité articulaire osseuse ou capsulaire, et si sa nature est infectieuse, il aboutit à la destruction totale de l'articulation.

Lorsqu'il s'agit d'une articulation superficielle, comme celle du genou, il est facile de dire dès le début si le processus tuberculeux s'accompagne d'une collection liquide abondante (hydarthrose tubercu-