

III. — Périarthrites coxo-fémorales.

Autour de l'articulation coxo-fémorale se trouvent des organes, os, bourses séreuses, dont les lésions peuvent simuler la coxo-tuberculose. Le professeur S. Duplay (1) a réuni très heureusement sous le nom de pseudo-coxalgies un groupe d'affections qui sont : les trochantérites, les péricotyloïdites ostéomyélitiques ou bacillaires, les psœllis avec fistules péricoxales, les bursites, etc.

La plupart de ces lésions donnent lieu à des abcès inguinaux, cruraux, obturateurs, publiens, trochantériens, ischiatiques, fessiers, cruraux internes, externes, postérieurs, antérieurs, voire même rectaux, vaginaux, pelviens et ischio-rectaux (2).

(1) S. DUPLAY, Les pseudo-coxalgies (*Semaine médicale*, 1896, et *Cliniques*).

(2) a. **Périorotyloïdites.** — Tous les chirurgiens qui se sont occupés tant soit peu spécialement des lésions osseuses et articulaires ont attiré l'attention sur les infections bacillaires ou ostéomyélitiques des surfaces osseuses périotyloïdiennes. Des trois os qui convergent vers le cotyle, c'est le pubis qui est le plus fréquemment lésé, qu'il s'agisse de tuberculose juxta-coxale ou d'ostéomyélite juxta-coxale. Ménard a observé neuf cas de *périorotyloïdites tuberculeuses* comprenant sept tuberculoses de l'ischion, une de l'ilion, une du sourcil cotyloïdien, une de la branche ischio-pubienne, une trochantérienne. Avec quelque patience, on finit toujours par reconnaître que la hanche est indemne; il n'y a pas de déviation articulaire. Quand il s'agit de fistules multiples, le diagnostic est plus difficile.

Les *périorotyloïdites ostéomyélitiques* nous paraissent peut-être plus fréquentes que les *périorotyloïdites tuberculeuses*. La symptomatologie est presque la même; le seul élément de diagnostic, à notre avis, c'est que dans la tuberculose il y a presque toujours une adénite inguinale. Celle-ci est rare dans l'ostéomyélite. De plus, celle-ci évolue avec beaucoup plus de fracas, en général. L'examen bactériologique à l'ouverture de l'abcès, l'inoculation à des animaux, permettront de préciser la nature de l'infection. Heureusement que le traitement est le même; c'est par des incisions parfois assez délicates, étant donnés les nombreux vaisseaux et nerfs de la région, que l'on devra mettre à nu le foyer osseux, le gratter et enlever le séquestre qui presque toujours existe et entretient les fistules d'origine péricoxale, mais non coxales (Voy. MÉNARD, *Congrès de chir.*, 1898, et *Soc. de pédiatrie*, 12 juin 1900; et MAUCLAIRE, *Ostéomyélitites de la croissance*, et Rapport sur un travail de M. Ménard, *Soc. de pédiatrie*, 1900).

b. **Trochantérites.** — *Trochantérites du grand trochanter* (magni-trochantérites d'Ollier). — Ces trochantérites sont provoquées soit par la tuberculose, soit par les différentes variétés d'ostéomyélitites (à staphylocoques, à bacille d'Eberth, etc.).

Au point de vue de la *symptomatologie*, la trochantérite bacillaire se caractérise par un début insidieux que les malades rapportent toujours à une chute. Puis la région trochantérienne se tuméfie, le trochanter est douloureux à la pression; les muscles de la cuisse s'atrophient, les ganglions inguinaux sont rapidement infectés et augmentés de volume. Le trochanter lui-même est élargi. Ce qui est caractéristique, c'est que les mouvements articulaires sont à peu près conservés; il n'y a pas d'attitude vicieuse, pas de raccourcissement du membre. Il n'y a pas de douleur exactement articulaire, pas de sensibilité à la pression de la tête fémorale, soit en avant, soit derrière le trochanter. Il peut cependant exister un peu de contracture périarticulaire, d'où abduction du membre inférieur.

Les *complications* se conçoivent aisément; ce sont les complications articulaires : arthrites tuberculeuses ou arthrites suppurées ostéomyélitiques.

Le *diagnostic* est facile, l'hématome traumatique de la bourse séreuse trochantérienne est facile à reconnaître. On diagnostiquera facilement l'épanchement de Morel Lavallée siégeant à ce niveau. Si nous signalons ces deux genres de lésions, c'est que nous les avons observées tout récemment.

Le *traitement* doit être prévu pour éviter les complications sus-indiquées. Il faut

IV. — Ankyloses acquises de la hanche.

Les causes en sont nombreuses. Par ordre de fréquence ce sont : 1° la coxo-tuberculose; 2° les arthrites infectieuses (à streptocoques,

de bonne heure trépaner le trochanter, évier cette tubérosité, enlever le foyer de fongosité ou le séquestre. Dans quelques-unes de nos observations, plusieurs grattages ont été nécessaires (Voy. DUPLAY, *Progrès méd.*, 22 août 1874, et *Sem. méd.*, 1896; LE FORT, *Sem. méd.*, 1890, et OLLIER, *Traité des résections*, 1891).

Quant à la *trochantérite du petit trochanter* (parvi-trochantérite d'Ollier), les observations en sont peu nombreuses. Le foyer d'ostéite sera abordé par une incision faite le long du bord postérieur du fémur.

c. **Bursites.** — 1° *Bursites du grand trochanter* (périarthrite coxo-fémorale). — Entre la peau et le grand trochanter existent plusieurs bourses séreuses, les unes sous-cutanées, les autres sous-aponévrotiques. D'autres bourses séreuses existent au niveau des insertions trochantériennes des tendons des muscles pelvi-trochantériens. Les plus souvent lésées sont la bourse du grand fessier située entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter, et la bourse trochantérienne du fascia lata située entre la face externe du grand trochanter et le fascia lata.

Ces différentes bourses séreuses peuvent s'infecter sous l'influence du traumatisme, des rhumatismes et de la plupart des autres maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, infection puerpérale, etc.).

Tantôt il n'existe qu'un simple épanchement séreux; parfois il est hémorragique, enfin il peut être purulent ou caséux.

Les lésions de la *bourse sous-cutanée* ne présentent rien de particulier; ce sont celles de toutes les bursites.

Celle de la *bourse profonde sous-aponévrotique* donne lieu à quelques symptômes assez spéciaux pouvant simuler l'arthrite coxo-fémorale, d'où le nom très heureux de *périarthrite coxo-fémorale* (Duplay).

La *bursite profonde infectieuse aiguë* se caractérise par de la douleur, de la tuméfaction; du fait de l'infection de la bourse séreuse, les mouvements de la hanche sont un peu gênés, mais ils ne sont nullement modifiés comme dans l'arthrite coxo-fémorale. Il n'y a pas d'attitude anormale et la douleur est bien trochantérienne et non articulaire.

Si la suppuration n'est pas ouverte de bonne heure, elle peut se propager à l'articulation. Le diagnostic de la lésion est facile. On songera parfois à la possibilité d'une bursite compliquant l'ostéomyélite du grand trochanter. La désinfection de la bourse séreuse par l'incision sera précoce.

La *bursite profonde chronique* peut être séreuse, hémorragique (Robert, Berger, Morestin), séro-caséuse, purulente, à grains riziformes.

Le gonflement de la région survient lentement, la fluctuation est profonde, et pour bien la reconnaître il faut fléchir la cuisse sur le bassin; la collection est alors plus saillante. Le plus souvent, la collection finit par s'ouvrir au dehors. Parfois l'épanchement descend très bas dans un diverticule de la bourse séreuse (P. Berger), d'où une longue période de fistulisation compliquée de claudication; quelques muscles se contractent par action réflexe, ils s'atrophient; il peut en résulter un peu de rotation externe ou d'abduction. Malgré tout, l'immobilité de la jointure n'est jamais absolue comme dans la coxo-tuberculose.

La *complication* la plus grave, c'est l'infection de l'articulation de la hanche.

En décomposant bien les symptômes, on fera le *diagnostic* avec les trochantérites et les arthrites, avec les abcès froids ostéopathiques migrants venant du bassin, du trochanter, du rachis, de l'articulation sacro-iliaque, etc.

Le seul *traitement*, et il sera précoce, c'est l'incision suivie de grattage, ou d'extirpation de la poche si cela est possible (Voy. PETIT, thèse de Paris, 1891; P. BERGER, *Soc. de chir.*, 1895; CALRON, thèse de Paris, 1898; MORESTIN, *Soc. anat.*, 1897; ZULZER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band L).

2° *Bursite du psoas-iliaque.* — Au-dessous du muscle psoas-iliaque se trouvent deux bourses séreuses, l'une petite et placée tout contre le petit trochanter; elle est inconstante. Sa pathologie est encore inconnue. L'autre bourse séreuse est placée entre le muscle et le ligament antérieur de la capsule. Elle a une forme ovoïde,