

Londres, où elle a pu être examinée par M. Le Fort⁽¹⁾. Or, sur cette pièce, on peut constater l'existence d'une néarthrose. « L'extrémité supérieure du fémur est légèrement renflée, dit M. Le Fort; elle appuie sur l'os iliaque, à peu près au niveau où existait primitivement la cavité cotyloïde. Cette extrémité est entourée de tissu fibreux, d'une sorte de bourrelet ligamenteux qui l'entoure complètement et va ensuite s'insérer circulairement sur l'os des îles. »

M. Sayre a communiqué, en 1881, au Congrès de Londres, un résultat des plus satisfaisants⁽²⁾. La pièce a été recueillie sur une petite fille opérée à l'âge de deux ans et neuf mois, et morte d'albuminurie deux ans et deux mois après. On put constater la reproduction de la tête du fémur qui reposait dans l'acétabulum et lui était unie par une masse de tissu d'apparence fibreuse qui permettait une grande mobilité. On pouvait constater, dit l'auteur, que la partie reproduite avait presque la forme et le volume de l'extrémité saine.

M. Ollier, qui cite ce fait, le considère comme tout à fait exceptionnel. Il peut s'expliquer par le jeune âge de l'enfant au moment où elle a été opérée. Il est bien évident que, plus on interviendra sur des sujets d'un âge avancé, plus on enlèvera de l'extrémité articulaire, et moins on aura le droit de compter sur une régénération osseuse. Il est toutefois une circonstance heureuse récemment mise en lumière par M. Ollier au moyen d'expériences sur les animaux, et qui est de nature à atténuer les fâcheux effets de la résection, au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre; nous voulons parler de l'hyperplasie compensatrice du cartilage de conjugaison inférieur viendra compenser en partie le raccourcissement. Du reste, le cartilage inférieur représentant pour le fémur la plus fertile des deux épiphyses, on comprend que la résection de la hanche n'entraîne pas un raccourcissement très considérable, ainsi que l'ont déjà fait remarquer depuis longtemps MM. E. Bœckel⁽⁴⁾ et Holmes⁽⁵⁾. Au reste, dans cette question du raccourcissement consécutif à la résection dans la coxalgie, il ne faut pas oublier qu'une part de la diminution de longueur est attribuable non à la résection, mais à la maladie elle-même, comme on peut s'en rendre compte en examinant des membres qui ont été atteints de coxalgie pendant la première enfance, et qui n'ont été le siège d'aucune opération.

Une dernière question qui se pose, c'est celle de la mobilité ou de l'ankylose de la jointure à la suite de la résection. A quelque point de vue qu'on se place, il n'est pas douteux que l'ankylose ne soit le résultat le plus avantageux, à la suite de la résection entreprise pour une coxalgie suppurée. Nous ne saurions invoquer à cet égard une autorité plus considérable que celle de M. Ollier. « Nous avons retrouvé dans ces derniers mois, dit cet auteur, 15 de nos anciens opérés, dont les plus récents étaient réséqués depuis trois ans.

« Sur ces 15 opérés, 2 seulement ont une néarthrose mobile, susceptible de

(1) LEFORT, *De la résection de la hanche, etc. Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860.

(2) SAYRE, *Specimen of reproduction of the hip joint after excision. Transactions of the international med. Congress*, vol. II, p. 556.

(3) OLLIER, *Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison, et sur l'hyperplasie compensatrice par le cartilage conservé. Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 6 mai 1889.

(4) EUG. BÖECKEL, *Des effets de la coxalgie infantile sur la croissance ultérieure des membres. Arch. de phys. norm. et pathol.*, 1870.

(5) HOLMES, *On the results of the operation of excision of the hip. Medical Times and Gaz.*, 5 nov. 1877, t. II, p. 485.

mouvements étendus de flexion, d'abduction et d'adduction, et ce sont les résultats les plus défectueux au point de vue de l'utilité du membre, 5 ont une ankylose complète; il est impossible d'imprimer à leur articulation le moindre mouvement; les os paraissent absolument soudés par des adhérences osseuses. Ce sont les sujets les plus forts et les plus vigoureux de notre série; ils sont en même temps les plus heureux au point de vue des services que leur rend journellement leur membre. Ce sont des marcheurs infatigables, qui ne souffrent jamais dans la hanche et qui peuvent se livrer à des travaux réguliers et fatigants⁽¹⁾. »

Ainsi donc, au point de vue fonctionnel, l'établissement d'une ankylose solide constitue le résultat le plus désirable. Elle a aussi pour avantage de s'opposer aux déviations secondaires qui, nous l'avons dit, sont toujours à craindre, vu la rupture de l'équilibre musculaire, l'atrophie du triceps et des fessiers, rendant prédominants les adducteurs qui entraînent le membre dans l'adduction combinée à la flexion. La suppression complète de l'articulation est évidemment la meilleure garantie contre tout déplacement. Enfin, quand il s'agit de tuberculose, la récurrence est toujours grandement à craindre. Tant qu'il reste des mouvements dans la jointure, il se produit pendant la marche des frottements, une irritation continue, qui peut devenir le point de départ d'une nouvelle invasion tuberculeuse. A ce point de vue encore, l'ankylose est le meilleur des résultats. Il n'est pas besoin de faire ressortir combien l'emploi de la méthode sous-périostée présente à cet égard d'avantages. En conservant intactes les insertions des muscles et les tissus fibreux péri-articulaires, on se met en garde contre une pseudarthrose flottante, et l'on est placé dans les meilleures conditions pour obtenir une ankylose solide. L'attitude de choix à donner au membre consiste dans une flexion légère qui, grâce aux mouvements compensateurs se passant dans les articulations du bassin, permet la meilleure utilisation de l'articulation.

Cette question de l'ankylose à rechercher à la suite de la résection coxo-fémorale, nous ramène au parallèle que nous établissons en commençant entre la résection et la méthode conservatrice dans le traitement de la coxalgie. Du moment où, dans une méthode comme dans l'autre, l'ankylose se présente comme le résultat ultime, il est bien évident que l'avantage revient à la conservation. Dès lors, la résection ne se présente plus que comme une méthode d'exception, applicable seulement dans les cas où la gravité de l'état général, l'étendue des lésions, l'abondance de la suppuration rendent la conservation impossible. Même réduite à ces indications, la résection constitue une méthode capable de rendre aux malades d'utiles services; elle ne comporte pas d'autres contre-indications qui sont communes à toutes les arthrites tuberculeuses, savoir l'existence des dégénérescences viscérales, graisseuses et amyloïdes, qui donnent si souvent lieu à l'albuminurie, et l'existence d'autres lésions tuberculeuses graves, par exemple, les lésions pulmonaires si souvent rencontrées dans la coxalgie.

Mais il est des cas d'une gravité extrême, dans lesquels la résection elle-même n'est plus possible. L'étendue du fémur qu'il faudrait sacrifier est tellement considérable qu'on ne peut plus espérer conserver un membre utile. Dans ces conditions, c'est à la désarticulation de la cuisse qu'il faut avoir recours. Il y a

(1) OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 152.

tout intérêt à faire à cette opération l'application d'un principe qui a été posé par M. Ollier⁽¹⁾, et à l'exécuter par la méthode sous-périostée.

Désarticulation sous-périostée de la hanche. — Dans les cas où l'on a commencé l'opération avec l'intention de faire une résection, il suffit de prolonger par en bas l'incision qui longe le bord externe et postérieur du grand trochanter, le fémur est désarticulé, sa tête est luxée au dehors; puis, l'os est dépouillé de son périoste, jusqu'au niveau du point où l'on veut faire porter la section des parties molles. Il est inutile de faire la ligature préalable de l'artère fémorale; on peut, en effet, comme le fait remarquer M. Ollier, pratiquer la compression de l'artère sur le pubis. Il nous semble aussi que rien ne serait plus simple que de faire comprimer l'artère entre les doigts d'un aide introduisant une main dans la plaie de désarticulation de la cuisse et comprimant de dehors en dedans l'artère avec l'autre main appuyée sur la face antérieure du membre. On pourrait encore, une fois la désarticulation faite, enserrer la racine du membre à l'aide d'un tube élastique. Cette manière de faire est, du reste, très favorable

l'hémostase; car, en suivant les contours de l'os et respectant le périoste, on n'ouvre que des vaisseaux de très petit volume. Ce procédé présente, en outre, un très grand avantage au point de vue fonctionnel. On peut, en effet, en conservant le périoste, obtenir la production dans l'intérieur du moignon d'une masse ostéo-fibreuse, qui devient assez solide pour permettre de faire marcher un désarticulé de la hanche comme un amputé de la cuisse.

Cette conduite a été mise en pratique de la façon la plus heureuse par M. James Shuter⁽²⁾. Cet auteur pratiqua d'abord une amputation circulaire à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse, puis il fit au côté externe du membre une incision longitudinale qui lui permit de dépouiller le fémur de son périoste et de pratiquer la désarticulation. Le malade, jeune homme de dix-huit ans, guérit avec un moignon mobile, permettant le port d'un appareil prothétique, semblable à celui qu'on emploie à la suite des amputations de cuisse. S'il n'est pas certain qu'il y ait eu dans ce cas une reproduction osseuse, il y a eu, du moins, formation d'un cordon central solide, suffisant pour servir de point d'appui aux muscles.

Quant au pronostic de la désarticulation dans ces circonstances, il est grave assurément, moins cependant que si l'amputation est pratiquée pour une tumeur ou après un traumatisme. Ashhurst⁽³⁾ a réuni 54 cas de désarticulations primitives de la cuisse pour coxalgie et 51 cas de désarticulations secondaires, c'est-à-dire faites après résection, et il a trouvé sur ce chiffre 19 morts; ce qui, en rejetant 5 cas dont le résultat n'est pas connu, donne une mortalité de 52 pour 100. Ce chiffre peut être considéré comme favorable, puisque la désarticulation pour traumatisme fournit une mortalité de 70,9 pour 100, et la désarticulation de la hanche, en général, abstraction faite de la cause, une mortalité de 42,6 pour 100.

Bradford⁽⁴⁾, faisant un relevé de 22 cas postérieurs à la statistique d'Ashhurst, arrive aux résultats suivants: ces 22 cas ont fourni 5 morts; si on les ajoute

(1) OLLIER, *Des désarticulations sous-périostées et des amputations à lambeau ou à manchettes périostiques*. *Revue de chir.*, 1882.

(2) JAMES SHUTER, *Amputation sous-périostée de l'articulation de la hanche. Formation d'un nouvel os dans le moignon; moignon mobile, etc.* *Transact. of the clin. Soc. of London*, vol. XVI, 86, 87, 88 et 89.

(3) ASHHURST, *International encycl. of Surgery*, vol. IV, p. 715.

(4) BRADFORD and LOVETT, *A treatise on orthopedic Surgery*, p. 556.

aux 60 cas d'Ashhurst qui ont donné 19 morts, on arrive à un total de 82 faits avec 22 morts, soit une mortalité de 27 pour 100. Si même on établit la statistique seulement à l'aide des 22 derniers cas, la mortalité ne dépasse pas 14 pour 100, chiffre très favorable, quand on le compare avec la mortalité donnée par Ashhurst, qui atteignait 52 pour 100. L'antisepsie, d'une part, les moyens dont nous disposons, d'autre part, pour éviter la perte de sang, tels sont les deux facteurs que nous pouvons invoquer pour expliquer cette amélioration du pronostic.

Il est probable que, dans le fait qui lui est personnel, M. Bradford a suivi les principes de la désarticulation sous-périostique, car il dit avoir constaté chez son opéré une reproduction osseuse évidente au bout de trois années.

Nous concluons en disant que, dans des cas d'une gravité extrême où la résection elle-même est impuissante, la désarticulation se présente à nous comme un moyen capable de reculer les bornes de l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, c'est à la désarticulation par la méthode sous-périostée qu'il faut donner la préférence.

2° DES ARTHRITES COXO-FÉMORALES CONSÉCUTIVES A L'OSTÉOMYÉLITE

L'épiphyse supérieure du fémur étant tout entière située dans l'intérieur de l'articulation de la hanche, on comprend que, durant la période de croissance, toutes les inflammations osseuses juxta-épiphysaires puissent devenir le point de départ d'une arthrite. Du côté du bassin, le cartilage situé à l'union des trois pièces osseuses qui constituent la cavité cotyloïde, ou du moins les points épiphysaires qui convergent en cette cavité peuvent également devenir le point de départ de phénomènes inflammatoires, qui auront nécessairement pour conséquence l'envahissement de l'articulation. Suivant que l'inflammation aura pour point de départ l'extrémité supérieure du fémur ou la cavité cotyloïde, on comprend que les symptômes auront tendance à se localiser, soit du côté du fémur, soit du côté du bassin. De bonne heure, la hanche est immobilisée par la douleur et par la contracture musculaire, dans l'attitude classique de la coxalgie. Mais si la lésion initiale a pour siège le fémur, le gonflement se propage à la région de la cuisse, tandis que, dans les cas de lésions appartenant à la cavité cotyloïde, la douleur, le gonflement, l'œdème siègent au-dessus du pli inguinal, et l'on voit se former tôt ou tard des abcès pelviens.

La marche de la maladie peut, du reste, être extrêmement variable. Il est un certain nombre de cas improprement décrits sous le nom de coxalgies suraiguës, dans lesquels la suppuration survient en quelques jours, accompagnée de fièvre, de délire, de phénomènes typhoïdes, au point d'entraîner rapidement une terminaison mortelle. Comme exemple de cette variété, nous citerons le fait qui a été communiqué, en 1880, à la Société de chirurgie par M. Le Fort⁽¹⁾. Il est relatif à un jeune homme de quatorze ans qui, dans un mouvement brusque, ressentit une douleur violente dans l'aîne gauche, bientôt accompagnée d'une fièvre intense, de délire, de phénomènes typhoïdes, et qui, en quatre jours, entraîna une terminaison fatale.

(1) LE FORT, *Coxalgie suppurée suraiguë, mort après quatre jours avec lésions septicémiques du péricarde et du cœur*. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 janvier 1880.

A côté de ces cas à marche suraiguë, il en est d'autres dans lesquels les phénomènes pathologiques se déroulent avec une moindre rapidité. Toutefois, dans tous les faits où la suppuration se montre au bout de quelques jours, accompagnée de fièvre et de symptômes généraux, on n'aura pas de peine à différencier cette arthrite consécutive à l'ostéomyélite de la coxalgie tuberculeuse. La difficulté devient beaucoup plus grande lorsque le processus inflammatoire revêt une marche subaiguë ou même tout à fait chronique. Les symptômes se confondent alors entièrement avec ceux de la coxo-tuberculose. La tendance moindre à la production de fongosités et à la destruction des surfaces articulaires, la considération de l'état général, les antécédents sont les seules circonstances qui permettront le diagnostic. Du reste, si le pronostic est infiniment plus favorable, le traitement se confond avec celui de la coxalgie véritable, dans les cas où l'affection affecte la marche chronique. S'agit-il au contraire d'une inflammation de l'articulation à marche aiguë, ou même suraiguë, capable d'entraîner en quelques jours la mort par septicémie, l'intervention s'impose au chirurgien comme une absolue nécessité. Il faut ouvrir largement l'articulation, donner issue au pus, faire un lavage antiseptique abondant et pratiquer le drainage. Le plus souvent même, cette manière de faire sera insuffisante, et l'on sera conduit à pratiquer un large évidement osseux, ou même la résection totale de la tête du fémur. Cette question de l'intervention dans les cas d'envahissement de l'articulation coxo-fémorale consécutive à l'ostéomyélite a été l'objet de travaux intéressants, dans ces derniers temps, de la part de Bardenheuer (1). Dans les cas où le point de départ des accidents est dans une inflammation de la cavité cotyloïde, cet auteur pratique au-dessus de la branche horizontale du pubis une incision qui lui sert à évacuer le pus et à réséquer la cavité articulaire malade. Trois fois, Bardenheuer a pratiqué cette opération.

Dans un quatrième cas, il a fait simultanément la résection partielle de la tête du fémur et la résection de la cavité cotyloïde chez une jeune fille de dix-neuf ans; le résultat a été très satisfaisant; la malade a guéri sans raccourcissement et en conservant des mouvements.

Il y a dès lors, conclut Bardenheuer, deux types d'opération; la résection de la cavité cotyloïde seule, et la résection de cette cavité avec résection partielle de la tête du fémur. La première opération peut être faite secondairement, dans des cas où l'on a déjà pratiqué antérieurement une résection typique de la hanche et où il est resté des fistules. C'est ce qu'a fait l'auteur chez un garçon de sept ans qui, un an auparavant, avait subi la résection de la hanche.

5° DE L'ARTHRITE SÈCHE DE LA HANCHE

L'arthrite sèche ou arthrite déformante s'observe assez souvent à la hanche; c'est une maladie qu'on rencontre le plus habituellement chez les vieillards, ou du moins, dans la seconde moitié de l'existence: aussi lui donne-t-on encore le nom de *morbus coxae senilis*.

Les altérations qui caractérisent cette affection sont celles de l'arthrite sèche

(1) BARDENHEUER, *Resection der Gelenkpfanne der Hüfte bei septischer Epiphysenlinien-Entzündung*. Arch. für klin. Chir., Bd. XLI, Heft III, p. 555, et *Resection der Hüftgelenkpfanne und partielle Resection des Oberschenkelkopfes*. Ibidem, Bd. XLII, Heft II, p. 575.

en général; aussi n'avons-nous pas à y revenir. Nous rappellerons seulement qu'elles affectent le plus souvent une marche destructive. Le col du fémur diminué de longueur devient quelquefois perpendiculaire au corps de l'os; il peut même disparaître par résorption, au point que la tête semble directement unie au grand trochanter. La raréfaction du tissu osseux peut même aller jusqu'à déterminer la fracture spontanée du col du fémur. Il arrive que la tête semble avoir glissé de haut en bas le long de la diaphyse, de sorte que le sommet du grand trochanter la dépasse beaucoup par en haut. Parfois la tête elle-même est déformée; elle paraît allongée en forme de coin ou de pyramide.

Beaucoup plus rarement il existe, au lieu d'une atrophie, une augmentation de volume de la tête du fémur, qui peut aller jusqu'à présenter, au dire de Volk-

mann, le volume du poing. De sorte qu'il y a, comme l'a dit Adams, deux formes pathologiques, l'une atrophique, et l'autre hypertrophique. Les surfaces articulaires deviennent éburrées, polies, brillantes comme de l'ivoire, ce qui tient à l'atrophie du cartilage diarthrodial, et à la condensation du tissu osseux sous-jacent. En même temps, la cavité cotyloïde est le siège d'une usure qui augmente considérablement son étendue. C'est ce que l'on observe des deux côtés sur une pièce du musée Dupuytren, présentée en 1854 à la Société anatomique (voy. fig. 71). La cavité cotyloïde a presque doublé d'étendue, et présente une forme oblongue, à grand diamètre tourné de haut en bas; la tête du fémur aplatie est supportée par un col très court.

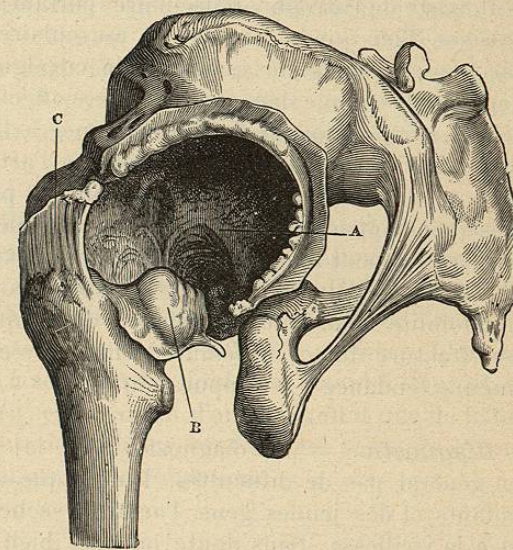


FIG. 71. — Arthrite sèche coxo-fémorale.

A, cavité cotyloïde énormément agrandie aux dépens de l'os iliaque. — B, tête et col du fémur déformés. — C, portion de la capsule articulaire.

Ces altérations des surfaces articulaires déterminent parfois de véritables subluxations. Dans un cas de Broca, la tête fémorale était luxée dans la fosse iliaque externe avec un raccourcissement de 5 à 6 centimètres; les mouvements se produisaient avec des craquements manifestes. Par la traction, on réduisait la luxation, mais elle se reproduisait aussitôt.

En même temps que ces lésions destructives des surfaces articulaires, on note la production de stalactites osseuses qui se déposent soit à la base du col, soit sur le pourtour de la cavité cotyloïde. Elles donnent parfois naissance à la production de corps étrangers articulaires. Ce ne sont pas seulement les ligaments et les tissus fibreux, mais encore les muscles périarticulaires qui peuvent s'ossifier; sur une pièce de Deville, l'ossification avait gagné le psoas iliaque.

Symptômes. — La maladie se révèle tout d'abord par l'existence de douleurs qui siègent au niveau même de l'articulation atteinte, et qui peuvent aussi

affecter une marche descendante à la partie postérieure de la cuisse, suivant le trajet du sciatique; ce qui explique que l'arthrite sèche au début soit assez souvent confondue avec la névralgie sciatique. Les mouvements de l'articulation sont limités, surtout les mouvements de flexion et d'abduction, et ces mouvements s'accompagnent de craquements plus ou moins abondants que le malade lui-même perçoit, et qui s'entendent parfois à distance. Dans les cas où ces craquements sont plus fins et moins perceptibles, on peut les constater en appliquant une main sur la hanche malade, pendant qu'avec l'autre main on imprime au membre des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. On peut encore percevoir les craquements à l'aide du stéthoscope appliqué au niveau de l'articulation.

Il existe de l'atrophie musculaire, portant surtout sur le triceps et les muscles fessiers. Bien que la contracture musculaire n'immobilise pas le membre d'une façon aussi complète que dans la coxalgie tuberculeuse, on peut observer cependant, comme dans cette dernière affection, du raccourcissement apparent, tenant à la position de flexion combinée à l'abduction. Au fur et à mesure que les lésions osseuses progressent et que l'articulation se désorganise par usure de la tête et de la cavité cotyloïde, on voit peu à peu se substituer au raccourcissement apparent le raccourcissement réel. Comme dans la coxalgie tuberculeuse, on peut rencontrer, à côté de la flexion jointe à l'adduction, l'abduction et l'extension de la jointure, de sorte que, dans certains cas, la douleur, la mobilité anormale, l'existence de craquements peuvent en imposer pour une fracture du col du fémur. Même arrivée à un degré extrême, l'affection n'a aucune tendance à la suppuration.

Diagnostic. — Le diagnostic avec la coxalgie tuberculeuse ne présente en général pas de difficultés. Tandis que cette dernière est une maladie des enfants et des jeunes gens, l'arthrite sèche appartient surtout à l'âge adulte et à la vieillesse. Sans doute on peut bien rencontrer exceptionnellement des cas où l'arthrite sèche se manifeste chez de jeunes sujets; mais l'absence de suppuration, la conservation de mouvements assez étendus, la présence de craquements abondants permettront de différencier l'une de l'autre les deux affections.

Souvent, avons-nous dit, on éprouve de la difficulté à distinguer l'arthrite sèche de la névralgie sciatique. Cependant les douleurs le long du nerf sont en général moins marquées dans l'arthrite que dans la névralgie, on ne constate pas les points douloureux caractéristiques de la sciatique; les craquements, les douleurs à la pression directe et à la pression à distance (percussion sur le talon) aident encore à différencier l'arthrite sèche de la névralgie.

Quant à la fracture du col du fémur, on conçoit combien la difficulté est grande, si le malade a fait une chute et que l'on constate chez lui du raccourcissement, des craquements, et une mobilité anormale associée à de l'abduction et de la rotation en dehors. Il arrive même, comme nous l'avons noté précédemment, que la raréfaction du tissu osseux dans l'arthrite sèche détermine la fracture du col fémoral. C'est seulement alors l'étude soignée des antécédents qui permettra de poser le diagnostic.

De l'arthrite sèche nous rapprocherons les arthropathies tabétiques de la hanche auxquelles les auteurs anglais donnent le nom de maladie de Charcot. La hanche est, après le genou, celle des grandes articulations qui est le plus

souvent atteinte. Les lésions anatomiques ne sont pas sans présenter avec celles de l'arthrite sèche les plus grandes analogies; toutefois le processus destructif est beaucoup plus rapide et aboutit à des désordres bien plus considérables; il se forme d'énormes épanchements synoviaux qui s'accumulent soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'articulation; la tête est expulsée en dehors de la cavité cotyloïde, souvent même elle a complètement disparu par usure du tissu osseux. Ce caractère destructif des lésions, la rapidité de leur évolution, les épanchements synoviaux, enfin la coexistence de symptômes médullaires permettront de distinguer l'arthropathie tabétique de l'arthrite sèche véritable.

Pronostic. — Le pronostic de l'arthrite sèche est très défavorable; non qu'il s'agisse d'une lésion menaçant directement l'existence, mais elle constitue une infirmité grave qui cause aux malades de violentes souffrances et rend la marche excessivement difficile. Le pronostic s'aggrave encore de ce fait que nous n'avons entre les mains aucun moyen qui nous permette d'enrayer la maladie.

Traitement. — Soulager les souffrances du malade, c'est là tout ce que nous pouvons faire. Les courants continus, le séjour dans les stations thermales, telles que celles d'Aix en Savoie, de Bourbonne et de Dax, les frictions, le massage, tels sont les moyens les plus utiles; à l'intérieur, l'usage de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium peuvent rendre des services. L'extension continue réussira aussi parfois à soulager les douleurs. Quant à l'immobilisation, elle ne doit pas être conseillée; elle n'aurait d'autre résultat que de hâter la formation de l'ankylose. Beaucoup de malades sont mêmes soulagés quand ils font mouvoir pendant quelque temps leur articulation.

4^e DE LA COXALGIE HYSTÉRIQUE

Bien que la coxalgie hystérique ne puisse être considérée comme une inflammation de l'articulation coxo-fémorale, nous devons cependant lui consacrer une rapide description. En effet, les contractures musculaires qui caractérisent cette affection déterminent une attitude vicieuse permanente du membre, capable d'en imposer pour une coxalgie véritable.

Historique. — Bien que, d'après Briquet, Fr. Hoffmann ait déjà fait allusion aux arthralgies dans l'hystérie, leur histoire remonte véritablement à Brodie, qui, en 1857, publia ses *Leçons sur les maladies nerveuses locales* (1); il y décrivait sous le nom de coxalgie spasmodique les contractures du membre inférieur simulant une lésion de l'articulation de la hanche. En 1859, M. Verneuil publiait une observation de coxalgie hystérique, et en 1865, dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, il insistait sur le diagnostic de cette affection. Dans ces dernières années, l'histoire de la coxalgie hystérique, comme celle de l'hystérie en général, s'est transformée sous l'influence des travaux du professeur Charcot (2).

(1) BRODIE, *Local nervous affections*, 1857.

(2) CHARCOT, *Leçons cliniques*, t. III, 1887, leçons 25 et 24.