

abandonnée avec juste raison, la plupart des auteurs admettent encore aujourd'hui que la coxalgie présente dans sa marche deux périodes se succédant l'une à l'autre, la première caractérisée par l'allongement qui reconnaît pour cause l'abduction du membre, la seconde caractérisée par le raccourcissement dû lui-même à l'adduction. Mais, si ces deux périodes existent fréquemment, sans qu'on en sache exactement la raison, elles manquent aussi fort souvent, et le membre se place dans telle ou telle position qu'il garde toute la durée de la maladie.

Lorsque celle-ci se prolonge et exige le séjour au lit, il est encore possible d'obtenir la guérison sans suppuration. On voit alors s'établir une ankylose qui tend généralement à devenir complète, et qui constitue une heureuse terminaison lorsque le membre est dans sa rectitude, ou au contraire une terminaison déplorable lorsque le membre est dans une position vicieuse.

Si, loin de s'améliorer, les lésions articulaires se prononcent davantage, la coxalgie peut arriver à la période de suppuration, et des abcès se développent le plus souvent à la partie supérieure et externe de la hanche et viennent se faire jour au niveau du grand trochanter. Quelquefois ils proéminent en dedans, du côté du trou ovalaire, ou en arrière, dans la région fessière. Quoique la luxation spontanée se rencontre surtout à cette période, cependant la coxalgie suppurée peut guérir sans déplacement de la tête fémorale et par ankylose osseuse.

Nous avons mentionné, en faisant l'anatomie pathologique, les théories qui ont été proposées pour expliquer le mécanisme de la luxation spontanée du fémur. Celle-ci peut survenir par suite du relâchement des ligaments et de l'épanchement articulaire, mais c'est là un fait exceptionnel, et le plus souvent la luxation est précédée de suppuration. Dans ce dernier cas, une fois la tête fémorale déplacée, tantôt les phénomènes généraux et locaux persistent au même degré, et le malade finit par succomber dans le marasme; tantôt la suppuration diminue, se tarit, la santé générale devient meilleure et le malade finit par guérir.

Il peut alors se former une pseudarthrose entre la tête fémorale et le point de l'os iliaque sur lequel elle est fixée. Demarquay (1) rapporte une observation qu'il a recueillie dans le service de Blandin, et dans laquelle la coxalgie s'était guérie par une fausse articulation, qui devint plus tard elle-même le siège d'une tumeur blanche. Mais, le plus souvent, le contact de la tête fémorale plus ou moins malade avec l'os iliaque, détermine des altérations de ce dernier, et la guérison, si elle survient, se fait par soudure osseuse.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la coxalgie présente souvent de sérieuses difficultés, car elle n'a pas de signe véritablement pathognomonique, et diverses affections de la hanche peuvent assez bien la simuler.

C'est principalement au début, chez les enfants, et surtout chez ceux

(1) Richet, thèse inaugurale. Paris, 1844.

qui ne marchent pas encore, que la maladie peut être méconnue. Les petits malades, tout en manifestant leurs souffrances par leurs cris, ne peuvent donner aucun renseignement sur le siège du mal. Cependant le membre présente généralement une attitude vicieuse; de plus, lorsqu'on tient l'enfant suspendu, il s'agite et remue le membre sain, tandis que le membre malade reste immobile. Si l'on pince le pied, l'enfant crie, cherche à soustraire son membre aux excitations extérieures, mais, tandis que la jambe saine s'agite en tous sens, celle qui est malade ne quitte pas le lit, glisse à droite et à gauche, et décrit, en un mot, une sorte de mouvement de reptation qui a quelque chose de caractéristique. Enfin, dans ces conditions, on provoque habituellement des douleurs en exerçant des pressions au pourtour de l'articulation et en imprimant des mouvements au membre inférieur.

On pourrait cependant être porté à croire à l'existence d'une coxalgie chez certains enfants qui ont été emmaillottés sans précautions, et chez lesquels une position vicieuse de la cuisse, provoquée par la pression des langes, détermine une douleur de la hanche coïncidant avec une attitude vicieuse du membre. Mais, dans ce cas, l'exploration directe de l'articulation n'est pas douloureuse, et d'ailleurs l'erreur, si elle était commise, ne serait pas de longue durée, car l'affection disparaît dans un court espace de temps, après qu'on a rendu au membre sa liberté.

On peut encore confondre chez les jeunes enfants la paralysie incomplète de l'un des membres inférieurs avec une coxalgie commençante. La paralysie peut en effet donner lieu à un raccourcissement atrophique du membre, et à la claudication, lorsque l'enfant commence à marcher. Mais si l'on examine avec soin l'articulation, on la trouve parfaitement saine. Enfin la paralysie d'un membre n'altère pas la santé générale comme le fait la coxalgie.

Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, le diagnostic de la coxalgie offre encore de nombreuses causes d'erreurs. Nous ne parlerons pas des lésions traumatiques, telles que contusions, entorses, fractures et luxations, qui ne sauraient être confondues sans une grande inattention avec la coxalgie. Nous renvoyons également pour le diagnostic entre cette dernière affection et le *morbus coxae senilis*, à ce que nous avons dit à propos de l'arthrite sèche.

Il n'en est pas de même de certaines affections de la hanche, qui, quoique indépendantes de l'articulation coxo-fémorale, s'accompagnent de douleurs et de contractions musculaires involontaires simulant, à s'y méprendre, les attitudes et les roideurs de la coxalgie.

Il est un moyen de diagnostic qui, dans ces cas, doit faire cesser toute incertitude, c'est l'administration du chloroforme, qui supprime la douleur, fait cesser la contraction musculaire, et permet de juger si l'articulation est saine ou malade, si sa mobilité est conservée en tout ou en partie, enfin si les mouvements déterminent des bruits anormaux.

Or, parmi les affections qui sont souvent confondues avec la coxalgie,



il faut citer en premier lieu la sciatique. Dans l'une et l'autre affection, il existe des douleurs à la hanche, au genou, derrière la tête du péroné; l'attitude peut être la même dans les deux cas; il y a de la claudication et quelquefois un raccourcissement apparent. Mais, suivant Valleix, la sciatique présente certains points douloureux à la pression qui n'existent jamais dans la coxalgie : tels sont le point lombaire, le point sacro-iliaque, le point iliaque, vers le milieu de la crête de l'os des îles, etc. Dans la sciatique, la pression sur le grand trochanter n'est pas douloureuse, et les mouvements restent en général faciles. Lorsque les malades affectés de sciatique marchent, ils sont courbés sur eux-mêmes, n'osant point contracter les muscles de la cuisse; tandis que les coxalgiques se tiennent dans une rectitude exagérée. Enfin, dans un cas douteux, l'emploi du chloroforme jugerait la question.

On a décrit sous le nom de *névralgie des articulations* ou d'*arthralgie hystérique*, une affection singulière accompagnée de douleur, de roideur articulaire, et surtout de contracture des muscles qui entourent la jointure. Cette affection, dont nous dirons plus tard quelques mots, est assez commune à la hanche et a été désignée sous le nom assez impropre de *coxalgie hystérique*. Elle peut simuler une tumeur blanche coxo-fémorale, mais outre certains caractères différentiels que nous aurons soin d'indiquer en faisant l'histoire des névralgies articulaires, nous pouvons nous borner à dire que le moyen par excellence pour diagnostiquer dans les cas douteux la coxalgie hystérique, c'est le sommeil anesthésique qui permet de reconnaître que l'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine.

La coxalgie est souvent confondue avec la sacro-coxalgie. Dans ces deux affections, en effet, on constate une douleur à la hanche et au genou, la claudication, une attitude vicieuse du bassin et des différences de longueur apparentes des membres, enfin des abcès qui peuvent apparaître dans les mêmes régions. Mais la douleur dans la coxalgie a son maximum au pli de l'aîne ou derrière le grand trochanter, tandis que, dans la sacro-coxalgie, elle se fait sentir au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure et de la symphyse sacro-iliaque. Dans la sacro-coxalgie, les mouvements de la cuisse sur le bassin sont libres; cependant la douleur détermine le plus souvent des contractures des muscles pelvi-trochantériens, et, pour faire un diagnostic exact, il est nécessaire d'avoir encore recours au sommeil anesthésique pour s'assurer de l'état de l'articulation coxo-fémorale.

A une période plus avancée, lorsque la suppuration est survenue, on pourrait encore confondre la coxalgie avec différentes affections de la hanche donnant lieu à des abcès : tels sont la psoïte, certains abcès migrants provenant des vertèbres, de l'os iliaque, du grand trochanter.

La psoïte est caractérisée par une douleur vive siégeant dans la région lombaire, s'irradiant dans la fosse iliaque, dans l'aîne, dans la cuisse correspondante, par la rétraction du membre, enfin par l'apparition rapide d'une tuméfaction accompagnée de fluctuation dans la fosse iliaque

interne. Ces symptômes permettront toujours d'éviter toute confusion avec la coxalgie.

Les abcès migrants provenant de la colonne vertébrale avant de faire saillie au pli de l'aîne, où l'on pourrait les confondre avec les abcès de la coxalgie, ont occupé d'abord la fosse iliaque, et, le plus souvent, on constate des douleurs ou même une gibbosité dans la région dorso-lombaire.

Si, dans les affections du grand trochanter ou de l'os iliaque, il existe de la tuméfaction de la hanche, des collections purulentes, des trajets fistuleux, des déviations du membre, comme dans la coxalgie, on pourra cependant reconnaître les affections précédentes à l'existence d'une douleur vive, circonscrite, correspondant soit à un point de l'os iliaque, soit au grand trochanter, à l'indolence de l'articulation et à la liberté de ses mouvements. Dans ce cas encore, l'emploi du chloroforme est souvent indiqué.

Après avoir reconnu l'existence d'une coxalgie, le chirurgien doit se poser la question de savoir si la maladie affecte les parties molles ou les os; si, comme on l'a dit, la coxalgie est capsulaire ou si elle est osseuse. D'après Martin et Collineau, il serait possible d'établir le diagnostic entre l'une ou l'autre forme à l'aide des caractères suivants : Si, au début d'une coxalgie, il existe une réaction fébrile plus ou moins intense, un empatement marqué de toute la région de la hanche, une légère élévation du pli fessier, une tuméfaction du pli de l'aîne, un allongement du membre avec flexion, abduction et rotation en dehors; des douleurs vives, sujettes à des exacerbations qui s'accompagnent de contractures musculaires, on est en droit de conclure qu'il s'agit d'une coxalgie capsulaire.

Observe-t-on au contraire des douleurs sourdes, presque nulles, un raccourcissement du membre avec adduction et rotation en dedans, un aplatissement de la fesse, un abaissement du pli fessier, on peut sûrement diagnostiquer une coxalgie osseuse.

Enfin si le membre, d'abord dans la flexion avec abduction et rotation externe, quitte peu à peu cette position pour se mettre en abduction et en rotation interne, c'est que les os, jusque-là intacts, participent aux altérations qu'ont déjà subies les éléments fibreux de l'articulation.

Quoique les caractères distinctifs énumérés par les auteurs précédents soient assez conformes aux faits observés, nous pensons cependant que le diagnostic de la coxalgie est loin de présenter un tel degré de certitude, et les difficultés augmentent encore lorsqu'il s'agit de déterminer quelle est l'étendue des lésions osseuses, si elles sont bornées au fémur ou à la cavité cotyloïde, ou si elles sont étendues à l'un et à l'autre. On peut cependant être guidé dans ce diagnostic par la connaissance de ce fait que les lésions de l'acetabulum s'annoncent par des douleurs qui, au lieu d'être rapportées à l'articulation, paraissent siéger dans la fosse iliaque ou sur les côtés du bassin.

Enfin, lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, il est important de déterminer s'il existe un déplacement de la tête fémorale.



Ce diagnostic présente quelquefois de sérieuses difficultés, surtout lorsqu'il y a des abcès et des trajets fistuleux. Nélaton a fait remarquer que, dans l'état normal, une ligne qui réunit la tubérosité de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure passe en même temps sur la partie la plus élevée du grand trochanter. Si donc cette tubérosité fait une saillie plus ou moins considérable en arrière de la ligne que nous venons d'indiquer, c'est que la tête fémorale s'est déplacée et qu'elle est plus élevée que d'habitude. Cependant cette élévation de la tête fémorale tient souvent, ainsi que nous l'avons vu, à un agrandissement du cotyle aux dépens de sa paroi postéro-supérieure, et, pour affirmer l'existence d'une luxation véritable, il faut constater la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque. D'ailleurs, pour que le signe indiqué par Nélaton soit utile, on doit tenir compte des rapports différents des saillies osseuses chez les adultes et chez les enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de quatre ou cinq ans. Dolbeau (1) a montré en effet que, depuis la naissance jusqu'à six mois, le grand trochanter, au lieu de se trouver sur la direction de la ligne qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ischion, est situé plus en avant, puisqu'à partir de cette époque, en se développant, il se rapproche de la ligne en question, et que c'est seulement vers huit ou dix ans que cette ligne passe sur la partie la plus saillante du grand trochanter. D'où l'on peut conclure que chez l'adulte, pour qu'il y ait déplacement du fémur, il faut que le grand trochanter déborde en arrière de la ligne iléo-ischiatique, tandis que chez un très-jeune enfant, le déplacement existe alors que le grand trochanter n'est encore qu'au niveau de cette même ligne.

On doit se mettre en garde contre une cause d'erreur dans le diagnostic de la luxation spontanée. Les individus affectés de luxations congénitales de la hanche peuvent être atteints de coxalgie à une époque plus ou moins éloignée de leur naissance. On serait tenté dès lors, si l'on n'était prévenu de ce fait, de rapporter à l'affection actuelle un déplacement qui l'a évidemment précédée.

Enfin, suivant Brodie, certains sujets ont, par suite d'un vice congénital, un membre inférieur plus long que l'autre; et la différence peut être parfois d'un pouce ou d'un pouce et demi. La claudication et la saillie du grand trochanter pourraient, à un examen superficiel, faire croire à l'existence d'une coxalgie suivie de luxation.

PRONOSTIC. — La coxalgie est une maladie grave qui entraîne souvent la mort, et qui, lorsqu'elle guérit, laisse le plus souvent après elle des désordres sérieux dans les fonctions du membre résultant de l'ankylose, de la luxation, ou de l'atrophie générale du membre inférieur.

Contrairement à l'opinion de Baffos, Guersant, Parise, etc., on doit admettre que la coxalgie est plus grave chez les enfants que chez les adultes. Chez ces derniers, le pronostic varie suivant l'état de la constitution, l'éten-

(1) Labbé, thèse citée.

due des lésions anatomiques, et surtout suivant que la suppuration s'est ou non manifestée.

TRAITEMENT. — Nous avons indiqué à l'article *Tumeurs blanches en général*, l'importance du traitement général, qui doit occuper une large place dans la thérapeutique de la coxalgie. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Quant au traitement local, il présente plusieurs indications et comprend un grand nombre de méthodes.

Une première indication consiste à modifier l'état des parties articulaires et à arrêter la maladie dans sa marche. Nous nous sommes déjà expliqué sur la valeur des moyens thérapeutiques employés dans ce but : antiphlogistiques, révulsifs, etc.; il nous suffira de faire connaître les procédés à l'aide desquels on peut assurer l'immobilité complète du membre et le maintenir dans une bonne position, car on sait que l'immobilisation d'un membre atteint de tumeur blanche est l'une des premières indications que le chirurgien doit remplir pour arrêter la maladie dans sa marche et pour prévenir les déviations et les déplacements du membre.

A la hanche, cette indication est difficile à remplir; aussi divers appareils ont-ils été imaginés depuis quelques années. Nous indiquerons seulement ceux qui semblent susceptibles de donner les meilleurs résultats.

Parmi ces appareils, les uns sont destinés à maintenir l'immobilisation dans le décubitus dorsal; les autres permettent aux malades de se promener.

Les lits mécaniques, à l'aide desquels on peut soulever à volonté les malades, sont souvent fort utiles, mais il ne suffisent pas pour prévenir les mouvements et corriger ou empêcher les positions vicieuses. D'ailleurs ils sont coûteux et difficiles à se procurer.

On a appliqué au traitement de la coxalgie les divers appareils à double plan incliné employés pour la fracture du col du fémur. Mais ces appareils ont le grave tort de placer le membre dans la demi-flexion, c'est-à-dire dans une situation vicieuse, qui pourra devenir permanente si la maladie guérit par ankylose. On doit donc les proscrire d'une manière absolue, et nous comprenons dans cette prescription les appareils mécaniques à demi-flexion qui peuvent redresser peu à peu le membre, à l'aide d'un mécanisme spécial. Tel est l'appareil très-compiqué de Martin et Collinneau.

Les gouttières embrassant à la fois le bassin et les membres inférieurs assurent, au contraire, l'immobilisation du membre en le maintenant dans une bonne position. La gouttière de Bonnet, représentée figure 19, doit mériter la préférence. Cette gouttière, qui embrasse exactement les deux membres inférieurs et le bassin, est faite de fil de fer et recouverte d'une couche épaisse de coton. Une échancrure postérieure laisse l'anus et le sacrum complètement à nu. A l'aide d'une moufle, le malade peut se soulever et satisfaire à toutes les exigences de la propreté, sans qu'aucun mouvement se passe dans l'articulation malade.