

c'est l'existence d'un *épanchement sanguin qui distend la capsule et soulève l'artère fémorale*, comme aussi les signes d'une fracture du col (rotation en dehors, raccourcissement). La gêne fonctionnelle est souvent très légère dans les premiers temps, et la mobilité passive est parfois conservée encore longtemps après l'accident.

Plus tard, la blessure de l'articulation se reconnaît facilement, grâce au développement de l'arthrite et du phlegmon péri-articulaire, et l'on voit alors apparaître des phénomènes septiques graves, ou bien les symptômes d'un abcès de l'articulation. Cependant, il est hors de doute que des blessures légères peuvent évoluer sans ces accidents. Mais à part ces exceptions, on voit bientôt se développer un gonflement de la région de la hanche, lequel est surtout très marqué en avant de l'articulation, et s'accompagne d'une fièvre intense. En outre, la cuisse prend son attitude caractéristique en flexion et rotation en dehors, et souvent le blessé se plaint de douleurs vives, parfois à caractère névralgique. Mais même à cette période de la maladie, le symptôme douleur peut faire défaut à tel point, que les mouvements actifs et surtout les mouvements passifs sont encore possibles.

V. LANGENBECK fait remarquer que les formes suppurées et adhésives d'arthrite coxo-fémorale se développent aussi assez souvent à la suite de fractures du fémur par armes à feu, avec ostéomyélite consécutive.

La luxation spontanée n'a été que rarement observée, à la suite des blessures par armes à feu. Lorsque le blessé guérit, c'est le plus souvent au prix d'une ankylose ou d'une diminution considérable de la mobilité de l'articulation.

Le pronostic est, en somme, très fâcheux, bien qu'il ne soit pas aussi mauvais qu'on le croyait encore, dans ces dernières années.

Sur 119 blessures de l'articulation de la hanche par coups de feu, lors de la guerre franco-allemande, 89 se sont terminées par la mort (74,78 0/0) et 29 ont guéri (dont un cas douteux); 88 blessés ont été traités par la méthode conservatrice, sur lesquels 63 ont succombé (71,59 0/0), 31 ont subi la résection, sur lesquels 26 sont morts et 4 ont guéri (soit 83,87 0/0 de mortalité, 1 cas douteux). Dans 39 cas, la cause de la mort a pu être reconnue; or, sur ce nombre, 34 blessés ont succombé à la pyémie et à la septicémie, conséquence de la suppuration de l'articulation.

Le pronostic est le plus favorable dans les blessures simples de la capsule. Par contre, une lésion étendue de l'os l'aggrave considérablement.

D'après ce qui précède, il est extrêmement difficile d'établir des règles déterminées pour le **traitement des blessures par armes à feu de l'articulation de la hanche**. Grâce à la méthode antiseptique, le pronostic sera certainement bien meilleur, à l'avenir. Dans les cas douteux de blessure de l'articulation, on fera toujours bien d'agrandir les orifices d'entrée et de sortie du projectile, afin de pouvoir explorer l'articula-

tion avec les précautions antiseptiques, et extraire les corps étrangers qui peuvent s'y trouver, tels que des fragments osseux détachés. Si toute l'extrémité articulaire a été mise en pièces, l'intervention du chirurgien ressemblera à une résection; si ce n'est pas le cas, on se contentera de pratiquer la désinfection complète (sublimé, iodoforme) et le drainage de la cavité articulaire, suivis de l'application d'un pansement antiseptique. On aura recours à cette méthode de traitement, même dans les cas de blessures qui ne sont plus tout à fait récentes. Lorsque l'articulation est déjà envahie par la suppuration, il est indiqué de pratiquer de larges incisions pénétrant jusque dans l'articulation et suivies de la désinfection et du drainage de la cavité articulaire. Mais vu la forme très défavorable de l'articulation, au point de vue du drainage simple, on sera obligé, le plus souvent, d'enlever la tête fémorale. Ce n'est certainement qu'à ce prix que l'on parviendra, dans bien des cas, à se rendre maître de la suppuration. Nous avons l'intime conviction que dans une prochaine guerre, beaucoup de soldats blessés à la hanche, devront à cette opération la vie et la conservation du membre. Mais il est à peine nécessaire de faire remarquer qu'il restera toujours un certain nombre de cas de septicémie grave, qui ne pourront être guéris ni par la résection, ni par la désarticulation de la hanche, que l'on est parfois obligé de pratiquer, lorsque le trochanter lui-même est aussi le siège de lésions étendues.

B. ARTHRITE COXO-FÉMORALE (COXITE OU COXALGIE)

§ 39. — Nous n'avons aucun motif pour conserver, à l'avenir, l'ancienne dénomination de **coxalgie**, qui date d'une époque où l'on ne connaissait que très imparfaitement les maladies inflammatoires de la hanche, à tel point que l'on n'était pas encore parvenu à trouver la cause mécanique des phénomènes les plus simples de cette affection, à savoir les changements de position du membre inférieur et du bassin. On comprend que dans ces conditions, le symptôme subjectif douleur ait servi à désigner la maladie elle-même. Mais actuellement, bien que le processus pathologique n'ait pas encore été élucidé dans tous ses détails, nous ne voyons pas pourquoi on adopterait, pour les différentes formes d'arthrite de la hanche, une autre terminologie que celle qui est en usage pour les autres articulations.

Bien que l'on observe des formes aiguës de coxite, c'est au groupe des arthrites chroniques qu'appartiennent la grande majorité des processus inflammatoires de la hanche que le médecin est appelé à traiter, et précisément la forme de coxite dont nous allons esquisser le tableau typique, se développe le plus souvent d'une façon chronique. Mais le processus qui est à la base de cette forme d'inflammation, c'est la **tuberculose**, et celle-ci se manifeste soit par la formation de granulations simples ou fongosités (**arthrite granuleuse ou fongueuse**), soit plus

rarement, par le développement d'une **hydarthrose**, soit beaucoup plus souvent, par la production d'un pus caséux (**arthrite fongueuse suppurée**). Ajoutons tout de suite que la majorité de ces arthrites tuberculeuses, surtout chez les enfants, ont pour point de départ un foyer osseux qui s'est ouvert dans l'articulation; dans un petit nombre de cas seulement, la synoviale est affectée primitivement, et, le plus souvent, il s'agit alors de personnes plus âgées, chez lesquelles l'affection articulaire n'est qu'une localisation d'une inflammation tuberculo-caséuse, développée dans quelque autre partie du corps. N'oublions pas, d'autre part, que l'arthrite tuberculeuse chronique n'est pas la seule que l'on observe à la hanche, mais que des maladies infectieuses aiguës peuvent déterminer une forme de coxite offrant des symptômes analogues, sous beaucoup de rapports, à ceux de la forme tuberculeuse. Telles sont les arthrites coxo-fémorales consécutives à une ostéomyélite voisine de l'articulation; telles sont aussi les coxites qui apparaissent dans le cours des maladies infectieuses aiguës (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde), ou se développent, sous la forme d'un rhumatisme mono-articulaire.

Les autres formes d'inflammation articulaire s'observent également, bien qu'elles ne soient pas aussi fréquentes. L'*hydarthrose* et les différents degrés de l'*arthrite suppurée aiguë* peuvent se montrer à la hanche tout aussi bien que l'*arthrite déformante* et la *coxalgie* proprement dite, ou *névralgie* de l'articulation.

En ce qui concerne l'**anatomie pathologique** de la coxite, nous pouvons nous dispenser de décrire l'*hydarthrose* et les formes suppurées de cette affection. C'est dans l'étude clinique de la coxite que nous ferons connaître les particularités qu'elles présentent à la hanche, et, avant tout, la *luxation spontanée* qui peut en être la conséquence. Nous ferons connaître ici, tout d'abord, les altérations anatomo-pathologiques observées à la hanche chez les individus, et en particulier les enfants, qui offrent le tableau clinique, bien typique sous beaucoup de rapports, de l'*arthrite chronique coxo-fémorale*.

Pour ces formes de coxite, qui sont presque toujours tuberculeuses, fongueuses, granuleuses, ou fongo-purulentes, RUST se basant, il est vrai, sur des prémisses fausses, admettait déjà une origine exclusivement osseuse. Bien que cette opinion ait été ensuite abandonnée, l'hypothèse d'après laquelle la *coxite aurait presque toujours pour point de départ une affection de l'os*, revit plus tard le jour sous une forme différente. Pour notre part, nous basant sur des recherches anatomo-pathologiques, nous pouvons affirmer que la synovite tuberculeuse est très souvent précédée d'une ostéite de même nature. Cependant, on voit aussi quelquefois la tuberculose débiter par la synoviale.

Bien que l'on ait rarement l'occasion de faire des autopsies d'individus morts

au début d'une coxite tuberculeuse, les données anatomiques ne font cependant pas complètement défaut, et parmi les autopsies que l'on a pu pratiquer, il en est certainement qui démontrent la possibilité du début de la maladie par la synoviale. D'autre part, les lésions observées dans le cours des résections de la hanche ne prouvent nullement l'origine osseuse exclusive de la coxite. Elles démontrent que, tout au moins, dans un certain nombre de cas, la synoviale est le point de départ de cette affection. Quoi qu'il en soit, les nouvelles recherches (VOLKMANN, etc.) tendent toutes à prouver que la majorité des arthrites tuberculeuses coxo-fémorales sont secondaires à des foyers osseux développés dans la tête du fémur, le col et le grand trochanter, ou dans les parois de la cavité cotyloïde.

La **synovite tuberculeuse** de l'articulation de la hanche débute par un gonflement granuleux de la synoviale. Non seulement la partie de la capsule en rapport avec le col du fémur, est le siège de granulations variables, comme quantité, consistance et coloration, mais on rencontre aussi des masses granuleuses à l'insertion du ligament rond dans la cavité cotyloïde, au point où ce dernier, tapissé par la synoviale, est protégé par un coussinet de tissu adipeux. L'augmentation de volume de cette partie du ligament rétrécit d'une façon plus ou moins notable, la cavité cotyloïde. En règle générale, les granulations sont parsemées de tubercules miliaires; tantôt la synoviale est tapissée d'une membrane pyogène tuberculeuse, tantôt les tubercules siègent dans les couches superficielles de la séreuse articulaire. Les couches profondes de cette dernière, et surtout les granulations flasques (graisse atrophique) situées au point d'insertion du ligament rond, sont, au contraire, le plus souvent dépourvues de tubercules. Le contenu liquide de l'articulation peut n'être que légèrement altéré comme qualité et quantité, ou bien la synovie se trouble et devient plus ou moins purulente ou purulo-sanguinolente, tandis que, dans d'autres cas, de grandes quantités de pus distendent la capsule dès le début ou dans le cours ultérieur de la maladie. De bonne heure déjà, le processus morbide envahit le ligament rond, lequel subit l'altération granuleuse, se ramollit et subit une destruction rapide. Mais, d'autre part, ce ligament constitue l'une des voies par lesquelles l'affection tuberculeuse peut se propager à l'os. C'est, en effet, le long du ligament rond, de même qu'au point de réflexion de la synoviale sur le col du fémur, que les granulations envahissent la tête articulaire. Elles se développent dans les couches superficielles de l'os et soulèvent peu à peu le cartilage de la surface osseuse sur une étendue variable. Lorsqu'elles ne s'accroissent que sur des points limités, tandis que le voisinage reste indemne, le cartilage s'atrophie localement et subit des pertes de substance circonscrites. Le même phénomène se reproduit au niveau de l'insertion cotyloïdienne du ligament rond, ainsi qu'à l'insertion de la capsule sur le bord de l'acétabulum; ici encore le cartilage est soulevé par les fongosités. Dans les cas typiques, le revêtement cartilagineux de la tête fémorale et celui de la cavité cotyloïde, sont trouvés complètement détachés entre les surfaces articulaires.

Le cartilage présente parfois, avant même qu'il se soit décollé, quelques pertes de substance. Tout d'abord, l'aspect est celui d'une atrophie par pression, et, de fait, les parties atrophiées correspondent aux points de contact de la tête fémorale avec la cavité cotyloïde. Peu à peu, ces parties comprimées revêtent les caractères d'une ulcération, laquelle s'étend bientôt à l'os déjà