

amolli par des granulations superficielles. La partie correspondante du cotyle, c'est-à-dire, le plus souvent, son bord supéro-externe, est, à ce moment, aussi dépouillé de son cartilage, et l'os sous-jacent est le siège d'une ulcération semblable à celle de la tête articulaire. Cette ulcération est la conséquence de la pression exercée sur la surface de l'os ramollie par la maladie (décubitus ulcéreux de VOLKMANN). Ce sont le plus souvent ces parties ulcérées qui constituent le point de départ de la « carie. » Cette dernière envahit avant tout les parois osseuses de la cavité cotyloïde, laquelle s'agrandit dans la direction indiquée plus haut. Pendant ce temps, l'articulation peut avoir été déjà perforée dans les différentes directions. Le nombre de ces perforations dépend, avant tout, de la consistance plus ou moins molle des granulations, qui affaiblissent la capsule en différents points, ainsi que de la quantité variable de l'épanchement purulent. Il en résulte des abcès péri-articulaires. Parfois, il est vrai, on peut voir se développer, même sans perforation de la capsule, un abcès fongueux péri-articulaire; mais ces cas sont certainement d'une rareté exceptionnelle. Il est tout aussi rare de voir, à cette période de la maladie, le pus et les granulations pénétrer dans le bassin, après avoir perforé le fond de la cavité cotyloïde. Ce sont alors, en général, les granulations situées dans le voisinage de l'insertion du ligament rond au cotyle, qui se chargent de détruire peu à peu la paroi osseuse. Quant à la nature et à la quantité de l'exsudat, elles varient beaucoup. Dans la synovite primitive, l'épanchement ne fait sans doute jamais défaut. Rarement, il s'agit d'un liquide ressemblant à de la synovie un peu trouble, comme c'est le cas dans l'hydarthrose tuberculeuse. En règle générale, la cavité articulaire contient des quantités très variables d'un pus caséeux.

Si, d'après la description précédente, nous admettons l'existence d'une synovite granuleuse primitive, nous devons, par contre, rappeler que dans un nombre de cas bien plus considérable, les os sont le siège primitif de la tuberculose. Souvent, ces foyers osseux se développent dans le fémur, d'où le nom de **coxalgie ou coxite fémorale**, qui a été donnée à cette forme de la maladie. Cependant, à propos des maladies du bassin, nous avons déjà fait observer que des foyers circonscrits des os pelviens, dans le voisinage de l'acétabulum, peuvent également s'ouvrir dans la cavité articulaire. Ces foyers peuvent se développer partout dans le voisinage de la cavité cotyloïde, et en s'ouvrant dans cette dernière, provoquer le développement d'une synovite tuberculeuse. Assez souvent ils siègent au fond de l'acétabulum, à la périphérie du cartilage en Y, et, d'autre part, il est fréquent de rencontrer des foyers marginaux situés sous le bourrelet cotyloïdien.

Quant aux foyers eux-mêmes, leur aspect ne diffère pas de celui qu'ils présentent dans d'autres articulations. Ils consistent dans des cavités de grandeur variable, remplies de granulations caséuses, ou contenant, outre ces dernières, de petits fragments osseux, cavités dont la paroi est tapissée d'une membrane tuberculeuse pyogène. La tuberculose envahit également la paroi osseuse de ces foyers et se répand le long du tissu conjonctif des canalicules de Havers. Lorsqu'un foyer situé sous le cartilage ou sous la synoviale, près du bord d'insertion de cette membrane, vient à s'ouvrir dans l'articulation, une synovite tuberculeuse en est la conséquence. La forme de foyer que nous venons de décrire, passe graduellement à d'autres, d'un aspect tout différent. La nécrose est, en effet, plus étendue, et remplit toute la perte de substance

de l'os. Si alors on pratique, avec la scie, des coupes à travers le fémur ou les parois de la cavité cotyloïde, on reconnaît que l'on a affaire à une partie nécrosée, à la teinte jaune blanchâtre de cette dernière, qui tranche nettement sur le tissu osseux rouge environnant. En général, ces foyers ont la forme d'un coin dont la base est tournée du côté de la surface articulaire. Au niveau de cette base, le cartilage a disparu, et souvent la surface osseuse, ainsi mise à nu, devient lisse par frottement. Au moyen d'un élévatoire, on peut faire sortir le séquestre de la partie saine de l'os avec laquelle il est uni par des granulations tuberculeuses. La partie nécrosée elle-même a ses canalicules de Havers remplis d'une bouillie caséuse, résidu des granulations tuberculeuses; c'est ce qui constitue le vrai tubercule osseux de LAENNEC. On rencontre également des foyers granuleux dans les parois de l'acétabulum, et assez souvent aussi une nécrose tuberculeuse du rebord cotyloïdien; parfois tout le fond du cotyle se trouve transformé en une plaque de nécrose. — En ce qui concerne la fréquence relative des foyers cotyloïdiens, nous possédons actuellement un nombre respectable d'observations fournies par la clinique de VOLKMANN (HABERERN, Centralblatt für Chirurgie, 1883, n° 13), et qui permettent de répondre jusqu'à un certain point à cette question. Ces observations prouvent, en effet, que les affections tuberculeuses de l'acétabulum sont à peu près aussi fréquentes que celles du fémur. (Les chiffres tirés de la clinique de Goettingue, ne font que confirmer ce résultat). Leur importance est en tout cas plus grande que celle des foyers tuberculeux du fémur. Ces derniers sont cependant plus connus, parce qu'ils frappent tout d'abord l'observateur dans le cours de l'opération.

Les foyers fémoraux siègent en deçà comme au-delà du cartilage épiphysaire, par conséquent aussi bien dans la tête fémorale que dans le col et le grand trochanter. Ils franchissent même les limites de ce dernier pour s'étendre jusque dans la diaphyse. Lorsqu'on examine les foyers tuberculeux situés sur le col, près de l'insertion de ce dernier sur la diaphyse, on est souvent étonné du volume relatif et de la densité des séquestres qu'ils renferment, et qui, dans bien des cas, ont tout à fait l'aspect de la substance corticale de l'os. Ainsi que j'ai pu m'en assurer dans le cours d'une résection pratiquée pour un cas de ce genre, on doit évidemment admettre que cette densité particulière des séquestres est due à la structure spéciale de cette partie du col (éperon fémoral).

C'est avant tout du siège du foyer osseux que dépend le développement de la synovite tuberculeuse. Ce sont surtout les foyers situés dans la région du col du fémur ou des trochanters qui peuvent s'ouvrir au dehors, tout en laissant intacte l'articulation elle-même. Il se forme alors un abcès péri-articulaire, avec fusées purulentes semblables à celles des abcès articulaires. Les cas

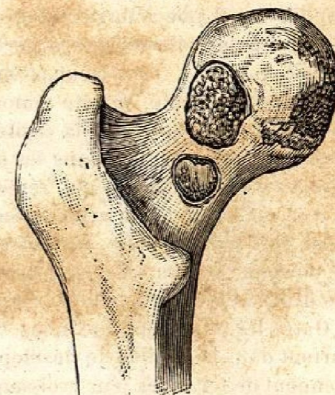


Fig. 33. — Forme osseuse de la coxite. — Carie nécrosique de la tête et du col du fémur, avec perforation dans le sac synovial et carie secondaire de la surface de la tête articulaire.

de ce genre, sur lesquels nous reviendrons, du reste, peuvent guérir dans certaines circonstances, sans que jamais l'articulation elle-même soit affectée. Dans l'ostéite tuberculeuse de l'épiphyse il arrive, certainement, bien plus rarement que l'articulation soit envahie par une inflammation adhésive, avant que l'affection osseuse ait eu le temps de s'y propager. Il en résulte une ankylose de l'articulation, laquelle, par contre, n'est pas atteinte par le processus tuberculeux. Le plus souvent le foyer osseux s'ouvre dans l'articulation, et cette perforation est le point de départ d'une synovite tuberculeuse.

Il en est à peu près de même des **processus ostéomyélytiques aigus** qui se propagent de la diaphyse vers l'articulation. Ici également, l'ouverture du foyer purulent dans la cavité articulaire peut être précédée d'une inflammation adhésive, ou bien il se produit de bonne heure un décollement de l'épiphyse, et une arthrite aiguë suppurée en est la conséquence. D'autre part, il arrive assez souvent que la perforation s'opère tardivement, soit dans l'articulation, soit à l'extérieur, comme aussi la disjonction épiphysaire peut se produire après que la tête fémorale a contracté des adhérences inflammatoires avec les parois de la cavité cotyloïde. Un fait clinique très important, c'est que l'on rencontre dans les os de l'articulation de la hanche, de petits foyers ostéomyélytiques, qui ressemblent beaucoup aux foyers tuberculeux. Il peut en résulter une arthrite fongueuse, qui ne diffère de l'arthrite tuberculeuse que par l'absence des tubercules et des bacilles caractéristiques. Nous ne pouvons insister ici davantage sur les différences anatomiques qui séparent les diverses formes d'arthrite coxo-fémorale.

Outre les processus que nous venons de décrire, on observe à la hanche, surtout dans la période de développement, comme aussi chez les individus qui viennent de terminer leur croissance, la même forme d'ostéite granuleuse que celle que nous avons décrite à l'épaule sous le nom de **carie sèche**. A la hanche comme à l'épaule, la destruction de l'os, particulière à cette forme de carie, se manifeste par un ensemble de symptômes sur lesquels nous reviendrons plus loin.

§ 40. — A une période avancée de la maladie, les diverses formes d'inflammation articulaire, qu'elles soient diffuses ou circonscrites, avec point de départ dans les os ou la synoviale, n'offrent pas de différences notables, à condition toutefois que les surfaces articulaires aient été finalement envahies par les granulations, et que l'articulation n'ait pas été déjà de bonne heure protégée, grâce à la formation d'adhérences. On observe alors les altérations que l'on a l'habitude de désigner d'une façon générale sous le nom de **carie de l'articulation de la hanche**. Le cartilage de la tête fémorale subit une destruction de plus en plus complète, et l'os lui-même offre à un très haut degré le phénomène de l'atrophie par pression (ulcération de décubitus). La tête articulaire perd ainsi sa forme ronde; elle diminue de volume aux endroits qui subissent une pression dans les différentes attitudes vicieuses du membre. Ces mêmes altérations se produisent également dans la cavité cotyloïde. Grâce à la pression exercée par la tête fémorale, le fond de cette cavité s'atrophie et disparaît, et il en résulte une perforation dans le bassin; cet accident peut reconnaître comme cause la destruction du tissu osseux par des granulations, ou être la conséquence d'une nécrose due elle-même à une ostéite primitive de l'acétabulum, ou survenue secondairement à la suite de la suppuration de la

cavité articulaire, avec formation de fistules. Assez souvent, il semble que l'on ait affaire à une disjonction des os au niveau du cartilage en Y. Bien plus fréquemment, la tête ou le col du fémur exerce une pression sur un point quelconque ramolli du rebord cotyloïdien et en détermine peu à peu l'usure. Celle-ci ne se produit que rarement à la partie supérieure ou interne du rebord cotyloïdien; le plus souvent, c'est la partie postérieure de ce dernier qui est détruite, grâce à certaines conditions mécaniques de pression. La cavité cotyloïde s'élargit en arrière, et la tête du fémur diminuée de volume, s'échappe de l'ancienne cavité par la partie du rebord cotyloïdien qui a subi une destruction lente. Sur l'os iliaque, à la périphérie de la cavité cotyloïde agrandie, le périoste, grâce au frottement continu des surfaces osseuses en contact réciproque, devient le siège d'un processus inflammatoire, lequel détermine, en général, la production de saillies osseuses irrégulières, en forme d'aiguilles ou de stalactites. Cette néoplasie osseuse se trouve naturellement reportée de plus en plus en arrière à mesure que la tête humérale se déplace dans cette même direction, en détruisant une partie du bourrelet osseux déjà formé (migration de l'acétabulum). C'est ainsi que se produisent la plupart des déplacements que l'on a décrits sous le nom de luxations spontanées, et que l'on a confondus avec d'autres déplacements qui ressemblent davantage à la luxation traumatique, et sur lesquels nous aurons à revenir. Mais on peut voir aussi la guérison s'opérer finalement de cette manière, la partie non détruite de la tête fémorale restant en rapport avec la nouvelle cavité cotyloïde, après cessation des phénomènes de suppuration et de granulation. On peut voir alors se former une articulation incomplète avec synoviale et cartilage. Mais, dans la plupart des cas, la réunion s'opère par des faisceaux assez courts de tissu conjonctif ou par du tissu osseux. Les masses osseuses de nouvelle formation provenant de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, se fixent l'une à l'autre par engrenement réciproque, ce qui augmente considérablement la solidité du nouveau point d'appui que fournit le bassin à la tête fémorale, après destruction des anciens moyens d'union des surfaces articulaires.

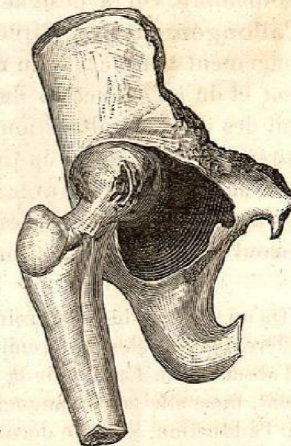


Fig. 34. — Migration de la cavité cotyloïde, d'après VOLKMANN.

§ 41. — Les processus anatomo-pathologiques que nous venons de décrire, s'observent dans la majorité des cas chez les enfants, et déterminent chez eux le tableau morbide typique que l'on a habituellement en vue lorsqu'il est question de la coxite ou coxalgie. C'est pourquoi nous commencerons par cette forme caractéristique d'arthrite, l'étude clinique des affections inflammatoires de la hanche.

BILLROTH se basant sur des recherches anatomo-pathologiques, a démontré