

fémorale hors de sa cavité, ou favorisent tout au moins la luxation, laquelle se produit alors très facilement. C'est ainsi que l'on peut s'expliquer également les cas de luxation spontanée qui surviennent de bonne heure dans les processus inflammatoires aigus (ostéomyélite) de l'articulation de la hanche. Ici encore on observe une affection du fond de la cavité cotyloïde avec production de granulations. Par contre, on ne connaît pas encore exactement le mécanisme de la luxation qui se produit à la suite de maladies aiguës, et qui est probablement la conséquence d'une coxite catarrhale, suppurée, ou d'une hydarthrose. Sous ce rapport on sait que l'accident en question se produit surtout dans le cours de la fièvre typhoïde, beaucoup moins souvent dans le cours de la scarlatine et des autres exanthèmes fébriles. On a souvent prétendu que la luxation iliaque, même en l'absence de toute affection articulaire, peut être la conséquence d'une cause traumatique très légère, lorsque le membre est resté longtemps dans l'attitude d'adduction; mais le fait n'est nullement prouvé. Il est en tout cas plus probable que ces déplacements que l'on observe à la suite de maladies fébriles de longue durée, sont tous précédés d'un épanchement intra-articulaire.

Les luxations de la tête articulaire sur l'os iliaque sont de beaucoup les plus fréquentes; il est rare que le déplacement se produise dans d'autres directions. Rappelons seulement qu'il existe des observations de migration de l'acétabulum et de luxation spontanée du côté de la grande échancrure sciatique. Par contre, le déplacement s'opère très rarement dans la *direction du trou sous-pubien*. D'après BLASIUS cette dernière luxation, dont un cas a été publié par STROMEYER, ne s'observe qu'à la suite d'une hydarthrose ou d'une coxite catarrhale suppurée. Le premier de ces deux auteurs ne mentionne, du reste, qu'un cas de subluxation. Dans ces derniers temps BILLROTH a publié un fait non douteux de ce genre.

Assez souvent, par contre, la migration de la cavité cotyloïde s'opère dans une direction sur laquelle BLASIUS a particulièrement insisté, à savoir directement en haut. Comme la tête articulaire vient alors se placer au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, cette forme de déplacement se relie, au point de vue clinique, à la *luxation sus-cotyloïdienne*. Ses symptômes consistent dans le raccourcissement, la rotation du pied en dehors et le déplacement de tout le fémur en dehors, de sorte que le trochanter se trouve plus éloigné de la ligne médiane qu'à l'état normal. En outre, le plus souvent, lorsque la tête fémorale n'est pas par trop détruite, on sent une tumeur arrondie et dure au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette forme de luxation a été observée plusieurs fois à la clinique de Göttingue.

Il ne nous reste plus qu'à signaler quelques autres causes de raccourcissement réel. Lorsque la tête fémorale en grande partie disparue, a pénétré plus profondément dans la cavité cotyloïde agrandie, il ne peut en résulter qu'un raccourcissement réel très léger. De même le membre n'est que légèrement raccourci lorsque la tête fémorale a pénétré dans le

bassin à travers une perte de substance de l'acétabulum, accident qui certainement est extrêmement rare. Exceptionnellement, le même résultat peut être produit par une incurvation du col du fémur, conséquence d'une ostéomyélite non tuberculeuse (un fait de ce genre a été observé par VOLKMANN).

Plus tard on peut observer, en outre, une diminution d'accroissement du membre tout entier, surtout lorsque la coxite se termine par la guérison.

Pour ce qui concerne les troubles d'accroissement du bassin et les altérations de forme qui en sont la conséquence, nous renvoyons le lecteur aux traités d'accouchement.

Mentionnons encore la possibilité d'un léger allongement du membre par excès d'accroissement, conséquence de l'irritation inflammatoire qui agit sur le col du fémur dans les cas de coxite d'origine osseuse (HUETER). Cet allongement, qui est rare, n'est jamais considérable, et n'a en somme que peu d'importance clinique.

§ 46. — La voie à suivre pour la recherche des symptômes sur lesquels se base le **diagnostic de coxite tuberculeuse**, est nettement tracée par ce que nous avons dit de l'examen des conditions mécaniques de l'articulation de la hanche, comme aussi par les développements dans lesquels nous sommes entrés dans les paragraphes précédents au sujet de l'histoire clinique de la maladie.

On commencera par établir l'anamnèse, on s'informerera avec soin s'il existe une prédisposition à la tuberculose dans la famille du malade, et l'on n'oubliera pas de s'assurer si la coxite s'accompagne ou non d'une affection chronique des poumons ou d'une tuberculose d'autres organes tels que les reins, etc. Si le patient est en état de marcher, on le fait déshabiller ensuite complètement, et l'on examine les particularités de la marche dans le sens indiqué plus haut. Puis vient l'examen objectif de l'extrémité malade dans le décubitus dorsal, sur un plan horizontal résistant. On détermine tout d'abord la différence de longueur des deux membres inférieurs, et suivant les indications fournies précédemment (§ 21), on cherche les causes de cette différence soit dans une inclinaison du bassin, soit dans un raccourcissement réel de l'une des extrémités. Chez les enfants, si l'on constate un raccourcissement, on devra prendre en considération, d'une part, la luxation congénitale ainsi que la luxation paralytique d'ailleurs très rare (§ 34), et, d'autre part, l'arrêt d'accroissement qui est la conséquence de la paralysie spinale infantile. Le diagnostic différentiel entre la luxation congénitale et le raccourcissement coxitique est, en général, facile, la première de ces deux affections se reconnaissant facilement à l'absence de douleurs et à la liberté des mouvements du membre. Quant à la question de savoir si le raccourcis-

sement s'explique par un arrêt de développement, elle peut être résolue encore plus facilement, car, dans ce cas, l'articulation coxo-fémorale fonctionne librement, et l'on constate que le raccourcissement est dû uniquement à une différence de longueur des deux extrémités. D'autre part, nous avons déjà indiqué la manière de procéder lorsqu'on se trouve en présence d'un allongement apparent du membre. Parfois le bassin a subi un déplacement dans les affections de la synchondrose sacro-iliaque. Le diagnostic se basera alors sur la liberté des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, ainsi que sur les signes bien évidents d'une affection inflammatoire dans la région postérieure correspondante du bassin. Par contre, le diagnostic est parfois plus difficile lorsque l'abduction et la rotation en dehors sont la conséquence d'une affection du grand trochanter; ici, en effet, comme j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois, outre l'attitude d'abduction, on constate une diminution considérable de la mobilité. L'apparition d'un gonflement dans la région trochantérienne dès le début de la maladie, a de l'importance pour le diagnostic, et c'est ce qu'on observe tout particulièrement dans les processus inflammatoires de la bourse séreuse du grand trochanter.

Les moins importants de ces processus inflammatoires sont ceux qui **intéressent la bourse séreuse sous-cutanée du grand trochanter**. Par contre, les inflammations de la **bourse séreuse profonde** située entre l'aponévrose du grand fessier et la partie postéro-externe du trochanter, ainsi que sur la partie la plus élevée du vaste externe, ont une importance plus grande au point de vue clinique, comme aussi pour le diagnostic différentiel. On observe ici des *hématomes* et des *abcès*, des *hygromas* et des affections fongueuses ou fongueuses-suppurées. Les hématomes succèdent le plus souvent à des lésions traumatiques, et se manifestent par une tuméfaction largement étalée s'étendant à la face externe du membre et dépassant en haut le grand trochanter; les abcès chauds, de leur côté, donnent lieu à des symptômes très accusés de phlegmon dans cette même région. De même le gonflement que l'on observe dans les processus inflammatoires chroniques, n'est pas arrondi mais aplati, grâce à la compression exercée par le tendon du grand fessier. Le pus des abcès chroniques, après perforation de la bourse séreuse, tend à descendre le long de la cuisse tantôt près de la surface cutanée, tantôt dans la profondeur, le long du bord externe du muscle vaste externe; cependant il peut remonter également le long du tissu conjonctif que recouvre le grand fessier. Le plus souvent la cuisse est dans un état de contracture en flexion, ou en abduction et rotation en dehors, ou plus rarement, comme dans un cas observé par nous, en adduction: c'est pourquoi, lorsqu'on n'a pas assisté au début de l'affection, on ne parvient que par des examens répétés faits avec beaucoup de soin, à exclure sûrement l'existence d'une coxite ou d'une affection osseuse du trochanter. En effet, lorsqu'un abcès froid de la bourse séreuse a donné lieu à des fistules avec trajets multiples et profonds, la guérison ne s'opère, en général, que très difficilement, et si l'absence de douleurs et la liberté relative des mouvements permettent d'exclure l'existence d'un abcès d'origine articu-

laire, on ne peut éliminer aussi facilement une affection du trochanter avec fistules. Assez souvent on ne parvient à poser sûrement le diagnostic que plus tard, lorsque la maladie cède au traitement, lequel, dans les cas d'abcès chauds, consiste dans des incisions pratiquées de bonne heure, tandis que dans les processus inflammatoires chroniques, après avoir employé sans résultat les moyens dérivatifs (teinture d'iode, vésicatoires) et la compression directe, on a recours à une grande incision suivie du grattage des granulations et du débridement des trajets fistuleux. Bien plus souvent, il est vrai, les abcès froids de la bourse séreuse trochantérienne profonde ne sont autres que des abcès ossifluents provenant d'un foyer tuberculeux du trochanter. Aussi est-il nécessaire d'inciser largement ces collections purulentes, d'enlever avec soin la membrane pyogène tuberculeuse et les granulations, et d'explorer ensuite la cavité de l'abcès, afin de s'assurer s'il existe quelque trajet tuberculeux conduisant dans l'intérieur du trochanter, auquel cas on pratiquera le grattage du foyer osseux avec la curette, ou l'évidement à l'aide de la gouge, et l'on extirpera, s'il y a lieu, le séquestre tuberculeux.

Les **affections de la bourse séreuse du psoas-iliaque** se développent rarement d'une façon indépendante. BOUCHET (dans HEINECKE) mentionne un *hygroma*, et, pour ma part, j'en ai observé un du volume d'un œuf de pigeon. EHRLE, de son côté, a décrit dernièrement un *hygroma* volumineux guéri par la ponction et l'injection iodée. MOSETIG a aussi obtenu par la ponction la guérison d'une tumeur liquide de la bourse séreuse en question. D'autre part, SCHAEFER (Centralblatt für Chirurgie, 1880, p. 431) a rapporté un cas d'*hygroma* de grandes dimensions (clinique de VOLKMANN) communiquant avec l'articulation, *hygroma* qui fut guéri par l'incision antiseptique, l'excision d'une partie du sac et le drainage. Je renvoie au travail de cet auteur pour ce qui concerne les indications bibliographiques. Je ne sache pas que jamais on ait pris pour une coxite une affection de la bourse séreuse développée d'une façon indépendante. Par contre, grâce à sa communication fréquente avec l'articulation, la bourse séreuse peut servir à l'extension du pus de la cavité articulaire dans le bassin, et dans d'autres cas, le pus d'un abcès iliaque pénètre par cette même voie dans l'articulation (voir plus loin).

Il semble presque impossible de faire au début le diagnostic différentiel entre la coxite et la période initiale d'un néoplasme développé dans le voisinage de l'articulation. Il est vrai que lorsque, chez un malade affecté d'un carcinome du sein, on voit apparaître à la hanche, à une période avancée, des symptômes douloureux analogues à ceux de la coxite, tandis que le membre se met en abduction, on soupçonnera aussitôt un néoplasme de l'os. Ces carcinomes métastatiques, qui sont surtout fréquents à la suite du carcinome du sein, paraissent avoir une certaine prédilection pour la région du col du fémur; le carcinome détruit le tissu osseux dont il prend la place; en général, la tuméfaction fait entièrement défaut au début, et les mouvements passifs sont assez libres, jusqu'au moment où le col du fémur est détruit à tel point, qu'il se brise spontanément ou à la suite d'une chute sur le trochanter ou d'un mouvement dans le lit; l'attitude du membre est alors tantôt celle de la fracture typique du col, tantôt celle de la luxation en arrière, lorsqu'une adduction avec rotation en dedans a précédé l'instant de la fracture. J'ai observé un cas de ce genre chez un homme âgé affecté d'un sarcome alvéolaire du maxillaire supérieur. A