

la suite d'une chute sur le trochanter le membre était resté en abduction, et ce n'est qu'à l'autopsie que l'on découvrit le foyer de la tumeur dans le col du fémur et la coxite qui en avait été la conséquence. Parfois aussi, l'os dans le voisinage du carcinome est ramolli à tel point (halistérèse), que le col ou même la partie trochantérienne du fémur ont subi un degré plus ou moins prononcé d'incurvation.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit d'une tumeur osseuse primitive, d'un **sarcome myéloïde du grand trochanter**, surtout si les symptômes de coxalgie ont apparu à la suite d'un traumatisme. ENGLISCH a publié récemment plusieurs cas de ce genre, dans lesquels l'abduction typique suivie de l'adduction et des signes de la luxation spontanée, s'était montrée à la suite d'une fracture du col du fémur ramolli par le néoplasme. Le diagnostic se base sur la tuméfaction de la région trochantérienne, sur la liberté relative des mouvements, lesquels ne sont gênés que dans une certaine direction en rapport avec le développement de la tumeur, sur la faible tension des muscles, et plus tard, sur l'engorgement concomitant des ganglions lymphatiques, ainsi que sur l'augmentation de volume du néoplasme qui tend à envahir les parties molles de la région.

On peut se trouver dans un grand embarras lorsqu'il s'agit de reconnaître si l'on a affaire à une coxite chronique ou à une **névralgie de l'articulation**. Les affections nerveuses articulaires ont été décrites tout d'abord par B. BRODIE sous le nom de « *Maladie hystérique des articulations* », et en Allemagne, dans ces derniers temps, STROMEYER et ESMARCH ont attiré sur elles l'attention des chirurgiens. Elles sont relativement assez fréquentes dans les classes élevées de la population, mais on ne les observe pas exclusivement chez les personnes du sexe féminin. J'ai l'impression qu'en Allemagne, les affections articulaires de ce genre se montrent plus souvent sur les bords de la Baltique que dans les autres parties de l'empire. D'autre part, il me semble que la névralgie des autres articulations, et surtout du genou, soit plus fréquente que celle de la hanche.

Le symptôme **douleur** l'emporte de beaucoup sur tous les autres dans le tableau clinique de la névralgie de l'articulation coxo-fémorale. Le plus souvent, la douleur ne reste pas limitée à l'articulation, mais s'irradie dans le domaine des nerfs sciatique et crural. La tuméfaction fait défaut; par contre, on observe un état de contracture typique du membre tantôt dans l'abduction, tantôt dans l'adduction. Toutefois, l'articulation ne présente généralement pas un aussi haut degré d'immobilité que dans la coxite, et surtout si l'on détourne l'attention du malade, on réussit souvent à imprimer au membre des mouvements d'une amplitude extrême, au point de lui donner une attitude contraire à celle qu'il présentait. En outre, la maladie en question s'observe le plus souvent chez des femmes hystériques, chez lesquelles elle accompagne certaines affections douloureuses de l'utérus et disparaît avec ces dernières. Notons enfin comme ayant de l'importance pour le diagnostic, l'absence de signes de destruction des parties articulaires, malgré la longue durée de la maladie, le bon état de nutrition des muscles et l'aspect de santé que présente souvent la malade. Chez les hommes, la névralgie articulaire s'accompagne ou a été précédée d'autres affections nerveuses. Quoi qu'il en soit, il peut facilement arriver, chez de jeunes individus, que l'on confonde avec la névralgie de l'articu-

lation la première période de la coxite granuleuse. Dans les cas douteux, il ne faut jamais se hâter de trancher la question, car le traitement qui est applicable à la névralgie articulaire, pourrait facilement avoir de graves conséquences si l'on y avait recours par erreur de diagnostic chez un individu affecté de coxite tuberculeuse. *Les malades atteints de névralgie de l'articulation doivent, en effet, exercer cette dernière et marcher.* En même temps, on aura recours, et, en général, avec de bons résultats, aux irrigations froides de la région de la hanche (ESMARCH), à l'électricité, au traitement antihystérique, à l'emploi du fer, etc. Assez souvent, les derniers symptômes névralgiques disparaissent sous l'influence des bains de mer ou des bains d'eaux ferrugineuses, ou encore à la suite d'une cure d'eau froide ou de la guérison de l'affection utérine.

Rappelons enfin que les processus inflammatoires des vertèbres peuvent donner lieu à des attitudes vicieuses d'un membre, surtout dans le sens de la flexion avec légère rotation en dehors (psaos-iliaque), et cela longtemps avant que l'on constate les signes d'un abcès de la fosse iliaque ou du psaos. Un diagnostic sûr est possible ici grâce à l'absence de gonflement au niveau de la hanche et à la liberté des mouvements nettement constatée après examens répétés. — Nous croyons avoir ainsi attiré l'attention sur toutes les affections qu'il importe de prendre en considération dans le diagnostic différentiel de la coxite.

§ 47. — La **guérison** est possible à toutes les périodes de la coxite. Plus la maladie est de longue durée, plus on constate sûrement des phénomènes de destruction des os, et plus sont faibles les chances de guérison en général, et particulièrement de la guérison avec un état fonctionnel relativement satisfaisant. Au début, on peut encore espérer un rétablissement complet des fonctions de l'articulation; mais, au bout de quelque temps de maladie, on doit s'attendre à un certain degré de contracture en attitude vicieuse, avec diminution des mouvements dans toutes les directions. A une période avancée de la coxite, alors que les extrémités articulaires sont en voie de destruction, la guérison s'opère au prix d'une ankylose ou d'une raideur voisine de l'ankylose, ou bien il se forme une nouvelle articulation (néarthrose). L'aptitude fonctionnelle du membre varie avec la position de ce dernier, et, dans le cas d'une néarthrose, avec la solidité de la nouvelle articulation. Lorsque la guérison s'opère avec ankylose en très légère flexion ou de façon que l'articulation soit douée d'une légère mobilité à partir de l'attitude d'extension, le membre dans ces conditions rend d'excellents services pour la marche. Par contre, ce mode de guérison est moins avantageux dans la position assise; mieux vaut une articulation mobile dans le sens de la flexion jusqu'à 90° ou même au-delà d'un angle droit. Cependant l'ankylose dans l'extension n'offre pas des inconvénients très sérieux lorsque l'autre articulation coxo-fémorale a conservé sa mobilité normale. Nous reviendrons sur cette question à propos de l'étude de la contracture et de l'ankylose de la hanche.

Une suppuration abondante exerce une influence très fâcheuse sur la marche de la guérison, surtout lorsque le pus subit une décomposition putride, car elle s'oppose alors tout à fait à la formation d'un tissu dense cicatriciel. Les formes de coxite qui évoluent sans suppuration (carie sèche), se bornent en général, après avoir détruit la tête et une partie du col du fémur, à fixer la partie conservée de ce dernier aux os du bassin. Les affections osseuses en foyers, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'une nécrose et donnent lieu à de la suppuration, opposent le plus grand obstacle à la guérison. Il n'est pas rare d'observer précisément dans ces cas une guérison apparente. Les symptômes disparaissent, et le malade peut de nouveau se servir de son membre; puis tout à coup, au bout d'une année ou même davantage, l'ancien foyer est le point de départ d'une récurrence, laquelle s'accompagne assez souvent de suppuration. Une partie des malades affectés de coxite, sont déjà tuberculeux (voir § 48); chez d'autres, on voit survenir, dans le cours de l'affection de la hanche, une tuberculose d'autres organes ou une dégénérescence lardacée ou amyloïde des grosses glandes abdominales. C'est surtout chez les adultes et les individus d'un certain âge que l'on voit souvent une tuberculose d'autres organes précéder le développement de la coxite, ou une tuberculose généralisée succéder directement à une arthrite tuberculeuse de la hanche.

BILLROTH fait remarquer que les affections articulaires du membre inférieur se compliquent plus souvent d'une dégénérescence amyloïde ou lardacée des glandes abdominales, tandis que les arthrites chroniques de l'extrémité supérieure donnent lieu plus volontiers à une tuberculose des poumons. J'ai acquis l'impression, du moins chez les malades que j'ai eus en traitement, que la méningite tuberculeuse est particulièrement fréquente chez les enfants affectés de coxite.

Tandis que la tuberculose est indépendante de la suppuration, la dégénérescence amyloïde se développe bien plus souvent à la suite de suppurations de longue durée. D'autre part, la forme aiguë et la forme chronique de décomposition putride du pus fait courir un grand danger, le malade pouvant, en effet, succomber à la septicémie et à la fièvre hectique. *D'une manière générale, le danger de mort et, en cas de guérison, la gravité du pronostic au point de vue fonctionnel, sont en relation directe avec l'abondance et la longue durée de la suppuration.*

Les chiffres sur lesquels se basent les remarques précédentes, sont encore beaucoup trop faibles pour que nous puissions établir avec une précision à peu près mathématique la proportion des différents modes de terminaison. BILLROTH a pu avoir des renseignements plus ou moins exacts chez 54 coxiques sur 62 qui ont été traités à la clinique chirurgicale de Zurich. Sur ces 54 malades, 41 ont guéri complètement. Dans aucun de ces cas de guérison, il

n'existait de fistules ni de symptômes d'abcès. Chez 18 autres individus, la guérison n'a été obtenue qu'au prix de troubles fonctionnels de l'articulation; pour 6 d'entre eux, la présence d'un abcès ou de fistules se trouve notée dans l'observation; toutefois, ce chiffre n'est pas tout à fait sûr, les données à ce sujet manquant dans plusieurs cas.

Cinq malades n'étaient pas guéris au moment de la publication de BILLROTH, et 20 étaient morts, parmi lesquels 13 avaient succombé à la tuberculose pulmonaire, à la dégénérescence amyloïde, à l'anémie, au marasme. Ces treize cas, du moins ceux dont l'observation était complète, avaient tous des abcès ou des fistules. La mort a été dans 4 cas la conséquence de la méningite, sans que, dans l'observation, il soit fait mention d'une suppuration. Enfin deux malades ont succombé à la pyémie, et un enfant à la rougeole.

Par conséquent, sur ces 54 malades, un peu plus de la moitié ont guéri, mais la proportion de ceux qui ont recouvré un bon état fonctionnel de leur articulation, est loin d'être aussi élevée. Chez ceux dont la guérison a été complète, on n'a jamais constaté l'existence d'un abcès. Sur le nombre total des cas observés, 6 seulement de ceux qui étaient compliqués d'abcès, se sont terminés favorablement. On peut donc admettre en chiffres ronds, que la guérison a été obtenue dans 10 0/0 seulement des cas de coxite avec fistules. Nous croyons cependant qu'à l'avenir les résultats seront meilleurs que ceux auxquels est arrivé BILLROTH, dont la statistique est, du reste, en partie incomplète. Dernièrement JACOBSEN (à Copenhague), dans le but de comparer les résultats de la résection avec ceux du traitement conservateur, a dressé une statistique basée sur 63 cas de coxite avec suppuration et carie, traités sans résection dans les deux grands hôpitaux de Copenhague. Sur ces 63 malades 17 ont guéri (26,98 0/0) et 46 sont morts (73,02 0/0). Nous voulons donner encore ici les chiffres qui ont été trouvés par le Comité de la Société clinique de Londres (Centralblatt für Chirurgie, 1884 p. 425). Sur 384 malades traités par la méthode conservatrice, les résultats ont été les suivants pour les cas déjà compliqués de suppuration: 33,5 0/0 ont guéri et 42,3 0/0 sont morts, parmi lesquels 20,4 0/0 ont succombé à l'affection de la hanche, 9,2 0/0 à la phtisie et 3,9 0/0 à une maladie indépendante de la lésion articulaire. Quant aux individus affectés de coxite sans suppuration, ils ont guéri dans la proportion de 69,3 0/0, tandis que 20,2 0/0 d'entre eux sont restés incomplètement guéris et 10,5 0/0 sont morts. Ces chiffres sont en contradiction avec tous les autres. Il est probable, selon nous, que la durée de l'observation n'a pas été suffisamment longue.

Dans les cas à terminaison mortelle la durée moyenne de la maladie a été de 18 mois. Par contre, dans les autres cas, la durée de la coxite est très indéterminée, et, surtout s'il existe des fistules, la guérison ne s'opère souvent qu'après un grand nombre d'années. Aussi longtemps que persistent des fistules, on doit toujours s'attendre à voir se produire des récurrences de l'inflammation articulaire. En tout cas, on est parfaitement autorisé à admettre que même les formes légères de coxite tuberculeuse, guérissent rarement en moins de deux ans. Dès qu'il aura reconnu sûrement qu'il s'agit d'une coxite, le médecin fera bien d'annoncer au malade ou à ses parents que la maladie durera au moins deux ans, qu'ils ne