

doivent pas s'attendre à voir la guérison s'opérer sans aucun trouble fonctionnel, et qu'enfin chaque jour peut amener des accidents imprévus qui exigent impérieusement une intervention opératoire, si l'on ne veut pas priver le malade des moyens qui peuvent exercer une influence favorable sur la durée de la maladie.

§ 48. *L'étiologie* de la forme de coxite que nous venons de décrire est celle de la *tuberculose* en général. Dans un certain nombre de cas, on doit considérer l'affection articulaire comme primitive, tandis que dans d'autres, elle paraît être la conséquence d'une métastase tuberculeuse. J'ai observé, pour ma part, un certain nombre de faits de ce genre avec affection articulaire multiple, et plusieurs fois les symptômes avaient apparu avec une telle acuité au début, que l'on avait cru tout d'abord avoir affaire à un rhumatisme articulaire aigu.

Dans quelques-uns de ces cas les poumons contenaient des foyers caséux, mais je ne sais s'il faut attribuer à un hasard particulier le fait que j'ai observé une demi-douzaine de cas d'arthrites multiples tuberculeuses intéressant, entre autres, la hanche, et survenus à la suite d'abcès caséux (tuberculeux) *des reins*.

On doit connaître ces faits parce que, pour des raisons faciles à comprendre, ils ont un pronostic extrêmement fâcheux, et qu'ils ne sont guère justiciables d'une intervention opératoire (résection), qui serait indiquée dans toutes autres conditions.

Un fait hors de doute, c'est que l'arthrite tuberculeuse s'observe assez souvent chez des individus qui, jusque là, étaient en parfaite santé et ne paraissaient nullement suspects de scrofule ou de tuberculose. Il n'est pas rare de voir l'affection articulaire se développer à la suite d'un trauma relativement léger, d'une contusion intéressant l'articulation coxo-fémorale ou le trochanter. A notre avis, il s'agit dans ces cas d'individus en puissance de tuberculose, et le développement de l'arthrite tuberculeuse à la suite d'une contusion de l'articulation, doit être expliquée de la même manière que l'apparition d'une gomme au niveau d'un os qui a subi une contusion chez un individu syphilitique. Dans ces derniers temps les chirurgiens américains principalement, ont fait jouer un rôle important aux causes traumatiques dans le développement de la coxite; mais selon nous, cette manière de voir n'est point justifiée.

§ 49. — Avant de décrire le traitement de la coxite, nous avons encore à étudier les autres formes non tuberculeuses d'arthrite coxo-fémorale, qui se développent d'une façon plus ou moins aiguë, et ne sont pas au même degré que la coxite tuberculeuse l'apanage des jeunes années.

Rappelons tout d'abord que l'arthrite suppurée de la hanche peut se développer à la suite de toutes les maladies infectieuses aiguës qui, occa-

sionnellement, se compliquent de lésions inflammatoires intéressant aussi d'autres articulations. Ces maladies sont : la pyémie, la septicémie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la blennorrhagie, etc. Ce ne sont pas toujours les formes les plus graves d'arthrite suppurée qui se développent dans ces conditions. Dans un certain nombre de cas, l'épanchement intra-articulaire disparaît, parfois à la suite d'une luxation spontanée. Assez souvent même il ne s'agit évidemment que d'une simple hydarthrose. Cependant on rencontre également des formes plus graves d'arthrite qui entraînent une destruction de l'articulation et une ankylose, ou déterminent une suppuration étendue et la mort par infection purulente. Des coxites suppurées ont été déjà observées dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu*; nous croyons toutefois que l'on a tort de confondre ainsi l'arthrite suppurée avec le rhumatisme articulaire aigu. Pour ma part, j'ai vu aussi, il est vrai, dans quelques cas une coxite suppurée succéder à une polyarthrite rhumatismale entrée spontanément en résolution, mais je l'attribue à une autre cause (voir page 431). Nous avons également à mentionner ici la forme d'arthrite qui se développe dans le cours de la *blennorrhagie*. Elle évolue presque toujours d'une façon bénigne, et elle correspond à la forme catarrhale; cependant j'ai observé un abcès grave de l'articulation coxo-fémorale chez un individu présentant des symptômes d'inflammation aiguë de diverses autres articulations et bourses séreuses, sans qu'il m'eût été possible de rejeter l'hypothèse que l'arthrite suppurée fût sous la dépendance de la blennorrhagie dont le malade était affecté. Mais il n'en est pas moins vrai que pour un certain nombre d'autres suppurations articulaires, les données étiologiques font défaut, et que les causes de ces affections nous échappent ni plus ni moins que lorsqu'il s'agit d'une ostéite et périostite aiguë suppurée.

Nous voulons encore rappeler ici que la coxite suppurée s'observe même dans la plus tendre enfance. Le danger de ces arthrites suppurées avec formation de fistules est évidemment beaucoup moindre dans les premières années de la vie que chez l'adulte.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, ces coxites offrent, dans la majorité des cas, les caractères d'une affection subaiguë; la marche de la maladie et le fait que cette dernière peut guérir sans laisser de troubles fonctionnel, nous permettent de conclure que nous avons affaire à des arthrites suppurées *catarrhales*. C'est dans cette dernière catégorie d'affections articulaires que nous devons ranger une partie des arthrites qui se développent dans le cours de la pyémie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, comme aussi les inflammations d'origine blennorrhagique et celles qui naissent d'une façon analogue au rhumatisme articulaire aigu. Elles se distinguent en partie par l'absence de symptômes douloureux et par la facilité avec laquelle se produit la luxation spontanée de l'articulation.

lation malade. Sous ce rapport, on connaît surtout bien la luxation de la hanche qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde. N'oublions pas, d'autre part, que nombre de coxites reconnaissant comme causes les maladies que nous venons de signaler ou d'autres processus infectieux encore inconnus, offrent les caractères d'une affection locale très grave avec des symptômes généraux d'infection, qui souvent entraînent promptement une terminaison mortelle.

Presque toujours, dans ces formes de coxites, c'est la synoviale qui est le point de départ de l'affection, tandis que l'os n'est atteint que secondairement.

Cependant BILLROTH a décrit un certain nombre de cas dans lesquels toute suppuration faisait défaut dans l'articulation. La synoviale était rouge, épaissie, oedématiée, tandis que le cartilage soulevé par une ostéite sous-chondrale, semblait frappé de nécrose. BILLROTH attribue cette forme de coxite à laquelle les malades ont succombé, à une ostéite infectieuse ayant son point de départ essentiellement dans la tête fémorale.

Dans les cas graves l'inflammation de la synoviale est suivie d'un ramollissement et d'une nécrose du cartilage, d'une carie de la tête fémorale et de l'acétabulum, de fusées purulentes et d'une luxation spontanée se produisant suivant le mécanisme décrit plus haut.

Pour ma part, j'ai acquis de plus en plus la conviction que la grande majorité des coxites aiguës et subaiguës de la jeunesse et de l'enfance, comme aussi une partie de celles qui se développent chez l'adulte, ont pour point de départ une ostéomyélite aiguë des extrémités articulaires.

Nous faisons ici abstraction des cas dans lesquels une nécrose de la diaphyse fémorale s'étendant jusque dans le voisinage de l'articulation, a provoqué le développement d'une arthrite dont la guérison s'est opérée spontanément sans laisser de troubles fonctionnels graves; par contre, nous avons à décrire les formes de coxite qui sont la conséquence de foyers osseux nés primitivement dans les extrémités articulaires, et présentent des lésions ressemblant tout à fait à celles de la tuberculose. Nous voulons mentionner ici, en premier lieu, l'ostéite qui, développée dans la région du cartilage de conjugaison, entraîne le décollement de l'épiphyse. La gravité de cette affection est très variable. Comme VOLKMANN l'a déjà fait remarquer il y a vingt ans, il existe des formes tout à fait graves capables de déterminer une arthrite suppurée ou putride qui, lorsqu'elle n'entraîne pas la mort du malade, a, en tout cas, comme conséquence la destruction de l'articulation. Mais il existe aussi des cas de disjonction épiphysaire offrant les caractères cliniques de l'hydarthrose, tandis que les symptômes d'une affection aiguë font presque entièrement défaut. J'ai observé plusieurs cas de ce genre

dans lesquels, après avoir ouvert l'articulation, j'ai retiré de cette dernière l'épiphyse presque complètement décollée. La cavité articulaire contenait un liquide séreux. Je n'ai pu m'expliquer comment se produit ici le décollement épiphysaire. Quoi qu'il en soit, la forme d'ostéite que nous venons de mentionner, est beaucoup plus rare que celle qui a été décrite déjà par SCHÉDÉ et ALBERT, et récemment encore par MULLER, d'après des observations de la clinique de Göttingue. Il s'agit ici d'affections osseuses en foyers développées dans la tête fémorale et les parois de la cavité cotyloïde, et offrant une analogie complète avec celles que l'on observe dans la tuberculose. Ces petits foyers osseux contenant du pus et des granulations, peuvent se former dans une ou plusieurs articulations, et simuler ainsi un rhumatisme articulaire; parfois aussi ils accompagnent une nécrose de la diaphyse. Le plus souvent, ils ont un volume qui varie entre la grosseur d'un pois et celle d'une noix. Ils sont remplis en partie par des granulations, en partie par une bouillie d'un blanc calcaire particulier, ou par un pus épaissi d'un jaune caractéristique. C'est dans ce contenu blanc ou jaune des foyers osseux que se trouvent les microbes infectieux de l'ostéomyélite aiguë. Les foyers eux-mêmes se développent tantôt dans la tête fémorale, tantôt dans les parois de l'acétabulum, parfois dans les deux en même temps; ils déterminent, par infection de l'articulation, une synovite avec épanchement tantôt purulent, tantôt consistant en une sérosité trouble. Dans les formes subaiguës et de longue durée, l'articulation peut subir une dégénérescence en tout semblable à l'arthrite fongueuse que l'on observe dans la tuberculose. Seuls l'anamnèse, le développement rapide de la maladie, le contenu des foyers osseux formé d'une bouillie calcaire ou jaunâtre d'un aspect particulier, comme aussi la présence de petits séquestres non tuberculeux, permettront de poser le diagnostic anatomique. Quant aux tubercules et aux bacilles, c'est en vain qu'on les cherche dans ces articulations.

Le **diagnostic** de ces cas se base, d'une part, sur le début rapide de la maladie et, d'autre part, sur l'examen local de l'articulation. Celle-ci est souvent très douloureuse et le siège d'une tuméfaction; il est assez fréquent de voir se produire tout à coup une luxation, surtout lorsque l'affection intéresse les parois de la cavité cotyloïde. Les cas graves s'accompagnent de suppuration, tandis que ceux de moindre gravité offrent tout d'abord les symptômes d'une inflammation vive avec fièvre. Assez souvent, on n'arrive à poser le diagnostic d'une manière sûre qu'au moment de la résection, lorsque les phénomènes de suppuration ont engagé le chirurgien à pratiquer cette opération. De fait, le plus souvent, c'est la résection qui constitue le moyen de traitement rationnel, à moins que, par exception, on réussisse à enlever le foyer osseux (tranchantierien) sans ouvrir l'articulation.

Enfin, nous devons encore rappeler ici que, parfois, un abcès iliaque