

s'ouvre dans l'articulation coxo-fémorale, par l'intermédiaire de la bourse séreuse. J'ai observé plusieurs fois cet accident chez des personnes affectées de paramétrite suppurée ou d'un abcès par congestion provenant de la colonne vertébrale. Cette complication n'est certainement pas très fréquente. De même, dans les cas de suppuration de longue durée des glandes lymphatiques, on a vu quelquefois l'abcès s'ouvrir dans la cavité articulaire.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une **coxite suppurée à forme subaiguë**, on devra, pour le diagnostic, prendre en considération la possibilité d'une *métastase tuberculeuse* dans l'articulation (voir plus haut).

Les **phénomènes cliniques** des formes de coxite que nous avons décrites dans ce paragraphe, sont loin d'être toujours aussi nettement accusés qu'on pourrait le croire. Tout d'abord, nous devons faire remarquer que, dans nombre de cas, sans doute, l'affection articulaire s'accompagne d'un changement de position du bassin, la cuisse du côté malade se mettant tout d'abord en abduction; du reste, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il est peut-être tout aussi fréquent d'observer d'emblée l'attitude d'adduction du membre; enfin, il peut arriver qu'une luxation spontanée de la hanche (fièvre typhoïde) révèle au médecin l'existence d'une coxite qui avait passé jusque-là inaperçue. Mais ce qui frappe le plus un observateur encore novice, c'est que précisément dans les formes les plus graves de coxite, on ne constate souvent aucune attitude vicieuse ou contracture du membre malade; d'autre part, les mouvements passifs sont faciles et ne sont même pas douloureux, alors que l'articulation est déjà le siège d'altérations anatomiques avancées. Du reste, l'articulation de la hanche n'est pas la seule qui présente cette particularité. Quant à la *tuméfaction*, elle existe souvent, et, en avant, elle soulève l'artère fémorale, tandis qu'en arrière se forme volontiers, de bonne heure, un abcès. Parfois, le pus envahit les tissus péri-articulaires, et en un temps extrêmement court se produisent des fusées purulentes dans la direction de la cuisse et du bassin. Si l'on est appelé à voir le malade pour la première fois à ce moment, il peut être très difficile de déterminer le point de départ de la suppuration. Dans beaucoup de cas, une douleur violente au niveau de la hanche constitue un symptôme bien caractéristique, et lorsque la marche de l'affection est très rapide, on observe volontiers plus tard un raccourcissement réel dû à la cause mentionnée plus haut.

Toutes ces formes de coxites s'accompagnent de **symptômes fébriles** bien accusés. Mais le type de la fièvre n'a, en somme, rien de caractéristique. Les cas légers que j'ai observés, présentaient des températures élevées le soir (39°) avec rémissions matinales. Dans les cas graves, les phénomènes fébriles varient encore davantage; tantôt la température reste constamment élevée avec de légères rémissions le

matin, et le malade offre alors parfois des symptômes typhoïdes (formes ostéales de la coxite), tantôt le tracé thermométrique est celui de la fièvre hectique, avec élévations et chutes rapides de la température (surtout à la suite de l'ouverture des abcès), tantôt enfin la marche de la fièvre est celle de la pyémie.

Le **pronostic** est tout aussi variable. Avec un traitement convenable, les cas légers se terminent favorablement au bout de quelques semaines ou de quelques mois; l'articulation conserve un bon état fonctionnel, plus rarement il se produit un état de contracture ou d'ankylose. Quant aux formes graves, elles entraînent la mort dans la majorité des cas. Un petit nombre de malades seulement guérissent au prix d'une ankylose, après avoir présenté des symptômes généraux et locaux d'une haute gravité.

§ 50. — Tout chirurgien bien pénétré des idées modernes sur la tuberculose articulaire, comprendra facilement que nous exprimions ici notre conviction que nous ne possédons aucun moyen direct de guérison de la coxite tuberculeuse, et que seule l'**ablation radicale des parties malades par voie opératoire** peut nous permettre d'obtenir le résultat désiré. Lorsqu'on connaît bien l'anatomie pathologique de la coxite tuberculeuse, il devient évident que, dans un nombre de cas relativement considérable, l'affection articulaire et surtout les lésions osseuses sont si étendues, que l'on ne peut songer à obtenir la guérison sans opération, même en persistant longtemps dans l'application des moyens palliatifs convenables. *Le nombre des cas de coxite tuberculeuse qui ne peuvent être guéris que par la résection et l'ablation des parties malades est, en effet, extrêmement considérable.* Il n'y aurait que des inconvénients à ne pas admettre cette proposition et à rester dans l'expectation; une pareille conduite du chirurgien aurait comme conséquence la mort de nombreux malades.

Néanmoins, nous n'admettons pas que l'on soit autorisé à opérer de bonne heure, à pratiquer une résection hâtive dès que l'on a posé le diagnostic de coxite tuberculeuse; en effet, on courrait ainsi souvent le risque de réséquer de bonne heure une articulation affectée d'une autre forme de coxite qui, incontestablement, peut guérir aussi sans opération; d'autre part, un grand nombre de coxites tuberculeuses peuvent céder à un traitement conservateur persévérant et institué d'une façon convenable, sans compter que le résultat fonctionnel est alors bien meilleur qu'à la suite de la résection. Pour donner une idée de la proportion des cas dans lesquels la résection est nécessaire, qu'il nous suffise de rappeler qu'à la clinique chirurgicale de Göttingue, où l'on s'est conformé aux règles de traitement que nous venons d'énoncer, cette opération a dû être pratiquée 50 fois sur 122 malades coxitiqes traités dans un espace de temps déterminé.

Sans insister davantage sur les indications respectives du traitement

conservateur et de la résection, nous voulons tout d'abord répondre à la question suivante : comment doit-on soigner les malades qui, du moins provisoirement, sont considérés comme devant être soumis au traitement conservateur ?

Certains symptômes qui, parfois, permettent de prédire le développement d'une coxite, à savoir une douleur dans le genou et la hanche, une claudication passagère, doivent éveiller les soupçons du médecin et l'engager à user de précautions. Le mieux dans ces cas, surtout s'il s'agit d'un enfant, est de prescrire le repos dans la position horizontale. Ce dernier est absolument indiqué lorsque la coxite s'est manifestée par des symptômes bien accusés, tels qu'une douleur à la pression, une anomalie de position du membre, etc.

*Dès que l'on a la certitude qu'il s'agit d'une coxite, c'est, avant tout, à un traitement mécanique que l'on doit avoir recours, peu importe, du reste, que l'affection articulaire soit considérée ou non comme étant de nature tuberculeuse.*

Nous ne méconnaissions nullement la valeur d'un traitement général approprié consistant dans l'emploi des toniques et un régime fortifiant; nous attachons la plus grande importance à ce que les enfants coxitiques ne soient pas confinés dans leur chambre pendant la durée du traitement. Nous conseillons fortement, dans ces cas, l'air de la campagne et de la montagne, et surtout un séjour aux bords de la mer. Par contre, nous sommes moins partisan des cures de bains régulières, bien que nous accordions volontiers que les eaux salines soient profitables aux enfants affectés d'arthrite tuberculeuse. Les bains répétés ont l'inconvénient de ne pouvoir être administrés sans que l'articulation malade soit soumise à des mouvements qui annihilent les effets utiles de ce moyen de traitement. C'est surtout le séjour aux bords de la mer qui paraît agir d'une façon extrêmement favorable sur les enfants cachectiques, et hâter la guérison même des formes graves de coxite. Il serait fort à désirer que l'on fondât sur les bords de la mer un grand nombre d'hôpitaux dans lesquels seraient reçus les enfants de parents peu aisés. Toutefois, il ne faut accueillir qu'avec réserve les guérisons que CAZIN dit avoir obtenues dans un établissement de ce genre chez des enfants affectés de coxites suppurées. Cet auteur, en effet, aurait vu guérir 44 malades sur 80 qui ont été en traitement pour des coxites suppurées pendant une période de 3 ans (soit 55 0/0 de guérisons). Or, ce temps d'observation doit être considéré comme insuffisant.

Dans nombre de cas, il y a quelque avantage à faire des applications de glace sur la région de l'articulation malade; ce que nous reconnaissons aussi volontiers, c'est que l'on obtient parfois un effet très marqué des irritants cutanés, tels qu'un vésicatoire ou des badigeonnages énergiques de teinture d'iode; ils sont surtout efficaces dans les cas, très rares il est vrai, d'hydarthrose coxofémorale. Ces moyens de traitement sont applicables d'une façon générale à toutes les articulations. Mais il n'en est pas de même du traitement mécanique que l'on est obligé de varier en raison des différences que présente la configuration extérieure des articulations auxquelles on peut être appelé à en faire

l'application; aussi aurons-nous à donner ici une description des moyens mécaniques qui, d'après l'état actuel de nos connaissances, répondent le mieux au but pour ce qui concerne l'articulation de la hanche.

HUETER vantait les effets des injections parenchymateuses d'acide phénique dans les cas de coxite tuberculeuse (granuleuse). Pour les formes légères de cette affection, il conseillait de faire pénétrer la canule d'une seringue de Pravaz en avant du bord antérieur du trochanter jusque sur le col du fémur. On peut atteindre également ce dernier par le bord postérieur du trochanter. Lorsque ce procédé ne suffit pas, HUETER propose d'enfoncer l'aiguille de la seringue à travers la couche corticale de la face externe du trochanter jusque dans la substance spongieuse malade. La pénétration facile de l'aiguille assure le diagnostic et pose par le fait l'indication de l'injection. Nous ne voyons aucun avantage à cette méthode de traitement, et nous la déconseillons d'une manière générale.

La tâche du chirurgien qui entreprend le traitement mécanique de la coxite, est de préserver le patient d'une série d'accidents fâcheux que l'on voit se produire régulièrement lorsque les articulations malades sont abandonnées à elles-mêmes. Il faut, en effet, prévenir la destruction des extrémités articulaires ramollies, destruction que nous avons dû mettre sur le compte de la compression réciproque des surfaces osseuses en contact; d'autre part, il s'agit d'empêcher le développement des contractions du membre. Si nous trouvons qu'une méthode de traitement semble exercer en même temps une influence directe dans le sens de la guérison de l'arthrite, nous ne chercherons pas pour le moment à en donner l'explication exacte, vu que l'on n'en connaît pas encore bien le mode d'action.

Nous reconnaissons parfaitement que la possibilité d'un traitement efficace de la coxite date de l'époque où BONNET enseigna qu'un membre malade a besoin, avant tout, de repos. Aussi avons nous déjà insisté sur l'importance de la position horizontale comme premier moyen de traitement dès le début de la maladie. On pourra, du reste, combiner le repos avec l'application d'une vessie de glace ou des badigeonnages de teinture d'iode dans les régions antérieure et postérieure de l'articulation. Aussi longtemps que le membre n'a pas pris une attitude anormale, il se peut que l'on obtienne la guérison par ces moyens simples ou par l'immobilisation prolongée dans une gouttière de BONNET.

Mais, dans la plupart des cas, on se trouve d'emblée en présence de phénomènes pathologiques plus compliqués. La maladie est déjà relativement ancienne et s'accompagne d'une attitude vicieuse du membre (contracture). Nous savons que cette dernière finit par entraîner la destruction de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde en certains endroits déterminés. Cette destruction, il est vrai, est surtout activée par les mouvements de l'extrémité inférieure, soit qu'on permette au malade de marcher, soit