

che, sont d'accord pour admettre qu'il faut surtout chercher à obtenir une articulation solide, même au prix de la mobilité active. En effet, l'articulation à la suite de la résection perd de sa solidité; elle vacille à la manière des articulations atteintes de luxation congénitale. Nous avons déjà exprimé plus haut notre conviction qu'une articulation coxo-fémorale guérie sans résection, est, grâce à sa solidité, préférable à une articulation réséquée, malgré l'absence de mobilité. Mais il ne faut pas trop exiger, et en présence d'une affection aussi grave, on peut s'estimer heureux lorsque le malade guérit en si peu de temps à la suite de l'opération, et conserve un membre en somme parfaitement utilisable.

Il ressort, en tout cas, des considérations précédentes, que la résection de la hanche, dans la coxite tuberculeuse, ne doit pas être pratiquée à une période de la maladie dans laquelle on a encore des raisons d'espérer la guérison et un résultat fonctionnel relativement favorable. *Pour que l'on soit autorisé à avoir recours à cette opération, il faut que l'on ait constaté quelque obstacle à la guérison impossible à écarter d'une autre manière, ou bien que l'état général du malade ait subi, du fait de la coxite, une atteinte si grave, qu'en l'absence d'une intervention chirurgicale, la mort doive être considérée comme la conséquence probable de l'affection articulaire.*

Malheureusement, la première indication, si justifiée qu'elle paraisse, ne peut être posée de bonne heure que dans des cas très rares. Il est hors de doute que lorsqu'il s'agit d'une affection osseuse de la tête et du col du fémur dont on ne peut espérer la guérison spontanée, il y aurait tout avantage à pratiquer déjà hâtivement la résection, pendant que les forces du malade sont encore bien conservées. Nous avons déjà fait remarquer précédemment que, dans la plupart des cas, le diagnostic de ces foyers osseux ne peut être posé de bonne heure; de fait, le chirurgien se trouve presque toujours en présence de la seconde indication de la résection, basée en première ligne sur *l'apparition de la suppuration qui menace la vie du malade*. Comme nous l'avons dit plus haut, nous ne sommes pas d'avis que l'existence d'un abcès doive être considérée comme une indication formelle de la résection, et nous avons cherché à expliquer dans quels cas, selon nous, l'ouverture du foyer purulent doit être suivie aussitôt de la résection (§ 53). Mais lorsque l'incision de l'abcès n'a pas été suivie immédiatement de la résection, ou que l'on est appelé à donner des soins au malade alors qu'il existe déjà des fistules, il importe de ne pas différer longtemps la résection si l'on voit survenir une fièvre persistante qui affaiblit de plus en plus l'organisme; et surtout on n'hésitera pas à intervenir si la suppuration devient plus ou moins putride et explique ainsi les symptômes fébriles observés. VOLKMANN a, en outre, attiré l'attention sur certaines formes de coxites qui, pendant un certain temps, évoluent sans suppuration, et offrent les caractères de la carie sèche, et,

qui, tout à coup, se compliquent d'une suppuration plus ou moins septique, d'une fonte purulente du tissu de granulations. Dans ces cas, en somme rares, il faut également pratiquer la résection. Cette opération a moins de chance de succès lorsque la fièvre qui survient dans le cours d'une coxite chronique, ne peut être expliquée par la suppuration locale, par la rétention d'un pus putride. Dans les cas de ce genre, concernant particulièrement la coxite chronique suppurée des adultes, il m'est arrivé plusieurs fois de constater que la résection n'avait point tari la source de la fièvre; il s'agissait alors presque toujours de la forme métastatique de coxite tuberculeuse, dont nous avons déjà fait mention dans plusieurs occasions.

D'autre part, lorsqu'on ne trouve pas à la périphérie de l'articulation des lésions suffisantes pour expliquer la fièvre, il ne faut jamais oublier d'examiner le bassin. Précisément les formes graves de suppuration qui, aussitôt que des fistules viennent à se former, entraînent presque régulièrement la mort, sont très souvent compliquées d'une affection de la cavité cotyloïde et d'un abcès intra-pelvien. Ne pas opérer dans ces cas, c'est négliger le seul moyen de donner au pus un libre écoulement. En effet, pour que le contenu de l'abcès puisse se vider au dehors, il faut mettre à nu le fond de l'acétabulum, et agrandir l'ouverture de communication de l'articulation avec la collection purulente.

La résection s'impose encore plus impérieusement lorsqu'une luxation spontanée de la tête fémorale accompagne la suppuration et les symptômes fébriles. La tête articulaire, qui occupe une position anormale sur l'os iliaque le plus souvent atteint lui-même de carie, entrave la guérison et maintient la fièvre. Comme, dans ces cas, la tête du fémur est beaucoup plus accessible aux instruments, l'opération elle-même est loin d'offrir la même gravité que dans les conditions habituelles.

Grâce aux améliorations apportées à la technique de la résection, on arrive de plus en plus à la conviction que cette opération est indiquée toutes les fois que des abcès, après avoir été ouverts, ne guérissent pas au bout de quelques semaines, et que les fistules ainsi formées suppurent abondamment, alors même que cette suppuration ne s'accompagne pas d'une fièvre intense. C'est pourquoi, dans les cas où des fistules chroniques s'étendent jusqu'à l'articulation malade, le traitement le plus radical consiste à pratiquer d'emblée la résection, et à ne pas se contenter de la dilatation, du curage des trajets fistuleux, etc.

On doit tout particulièrement insister sur cette opération lorsque les fistules s'accompagnent, en outre, d'un haut degré de contracture ou attitude vicieuse. D'ailleurs, l'état général des malades de cette catégorie exige presque toujours une intervention énergique. Lorsqu'on se trouve obligé de pratiquer des opérations incomplètes et répétées, il n'arrive que trop souvent que l'arthrite de la hanche se complique d'une tuberculose aiguë généralisée ou d'une affection du foie, de la rate et surtout

des reins (dégénérescence amyloïde, néphrite parenchymateuse). Mais, alors même que ces complications sont déjà survenues, le chirurgien ne doit pas renoncer à la résection comme au seul moyen qui puisse donner encore quelques chances de guérison.

Nous reviendrons plus loin sur les dangers de la résection, en tant que cette dernière peut être suivie d'une tuberculose généralisée.

Il est pour moi hors de doute que la résection, pratiquée dans ces conditions, peut amener la régression des inflammations parenchymateuses des organes abdominaux. J'ai même observé, à la suite d'une résection suivie d'une prompte guérison, une diminution de volume du foie et de la rate, l'un et l'autre évidemment atteints de dégénérescence amyloïde. Bien que l'opération ait été pratiquée il y a nombre d'années, les organes que nous venons de mentionner sont encore tuméfiés, mais l'enfant n'en offre pas moins l'apparence d'une bonne santé.

Arthrite déformante de la hanche (arthrite sèche, *malum coxae senile*).

§ 55. — L'arthrite déformante se développe à la hanche, tantôt sous la forme mono-articulaire, tantôt comme phénomène partiel d'une affection intéressant un certain nombre d'articulations (polyarthritisme de HUETER). Tout ce que nous savons de l'étiologie de cette maladie, c'est qu'elle appartient essentiellement à l'âge mûr, qu'elle est parfois consécutive à des lésions traumatiques des articulations, et que, dans le cas particulier, elle succède assez souvent à une fracture intra-capsulaire du col du fémur. C'est précisément à la hanche que l'on a surtout étudié exactement les altérations particulières qui se produisent dans le cours de cette affection. On sait que l'augmentation du contenu liquide de l'articulation est très peu marquée dans les cas d'arthrite déformante (arthrite sèche). Par contre, toutes les parties constituantes de l'articulation ont une tendance à la néoplasie inflammatoire, laquelle, il est vrai, ne tarde pas à se combiner avec une métamorphose régressive, une destruction des tissus.

En ce qui concerne le **tableau clinique** de la maladie, rappelons, tout d'abord, que les symptômes observés ne dépendent que pour une faible part des altérations de la synoviale qui marquent le début de l'arthrite déformante, et consistent en une prolifération des éléments de cette membrane, sous la forme de villosités irrégulières. De fait, les symptômes sont dus essentiellement aux altérations particulières qui amènent une déformation des extrémités articulaires. Il s'agit, à la fois, d'une production nouvelle de tissu osseux, aux dépens du rebord cartilagineux de la tête fémorale, et d'une usure de la surface de cette dernière, par dégénérescence fibrillaire et destruction du cartilage, ainsi que par atrophie inflammatoire, usure qui subit très nettement l'influence des mouvements de l'articulation (polissage ou éburnation des surfaces articulaires). Tandis que la tête fémorale subit ainsi un changement de forme particulier, les mêmes altérations se produisent dans les parois de la cavité cotyloïde, c'est-à-dire que l'on observe des proliférations du cartilage, avec ossification, au niveau du rebord de l'acétabulum, tandis que le fond de la cavité s'use et se polit par le frottement.

Dans la plupart des cas, la tête fémorale perd sa forme sphérique et revêt de plus en plus celle d'un corps cylindrique, ayant son axe dirigé transversalement; de son côté, la cavité cotyloïde subit un changement de forme analogue. Mais cette forme cylindrique ne tarde pas à se perdre elle-même, par suite des progrès de l'usure de la tête articulaire et de la production de nouvelles tubérosités osseuses irrégulières à la périphérie. Bientôt la masse osseuse qui représente la tête du fémur, prend la forme d'un champignon ou d'un chapeau, et semble souvent s'insérer presque directement sur la diaphyse fémorale. En même temps, la cavité cotyloïde s'est agrandie ou s'est même déplacée en arrière, et les masses cartilagineuses ossifiées du rebord de l'acétabulum s'unissent par engrenement à celles de la tête articulaire. La surface de cette

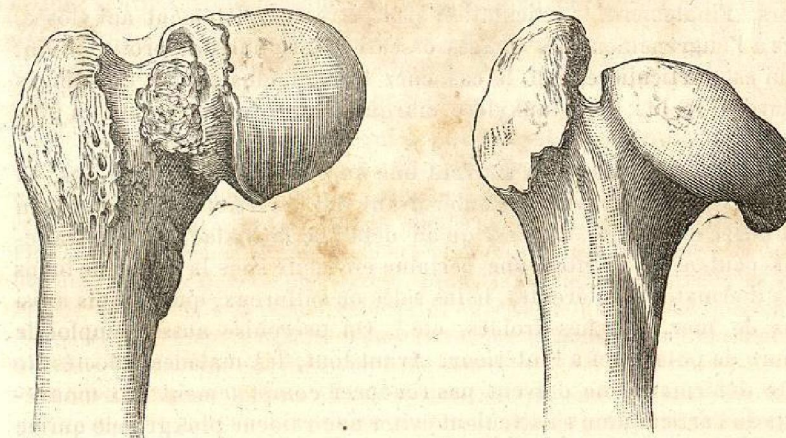


Figure 42. — Formes typiques d'arthrite déformante.

a. Altération de forme du début (cylindre). — b. Altération de forme ultérieure (en forme de champignon).

dernière, ainsi que celle de la cavité cotyloïde, ont perdu leur revêtement cartilagineux; elles deviennent lisses, éburnées et présentent çà et là des dépressions correspondant aux saillies de la surface opposée.

Les malades affectés d'arthrite déformante de la hanche, se plaignent, en général, au début de la maladie, d'une douleur et d'une gêne des mouvements de l'articulation, symptômes qui se produisent surtout le matin, au moment où le malade se lève. Peu à peu les mouvements deviennent limités, et, très souvent, ce sont surtout l'adduction et l'abduction qui sont gênées, au début, grâce, sans doute, à l'altération de forme de la tête fémorale, dont nous avons parlé plus haut (transformation de la sphère en une poulie). Bientôt les mouvements, qui sont douloureux, s'accompagnent d'un craquement particulier. Le jeu de l'articulation devient de plus en plus difficile, même dans le sens de la flexion, et presque toujours, si le malade n'a pas un fort embonpoint, on constate l'altération de forme de l'articulation due à la prolifération du