

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 constituant 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

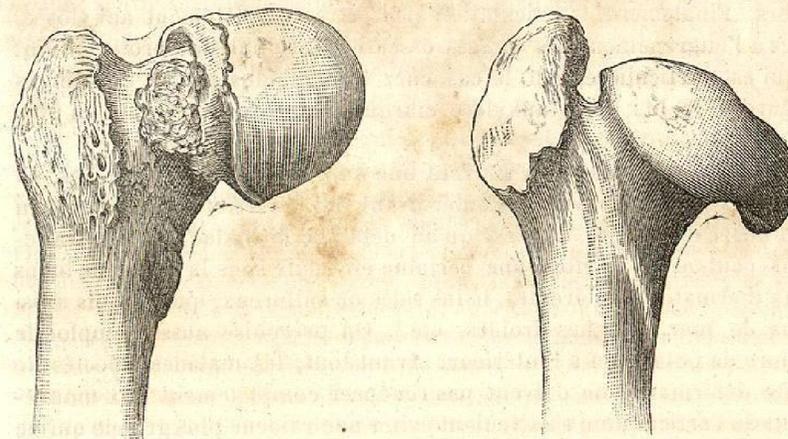


Figure 42. — Formes typiques d'arthrite déformante.

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

rebord cartilagineux ; on sent une tuméfaction dure, dans la région du col du fémur, et, en outre, la mensuration révèle une différence de longueur des deux extrémités, grâce au changement de forme et à l'usure des surfaces articulaires. En effet, si la tête fémorale disparaît, et que la masse osseuse de nouvelle formation qui la remplace, se rapproche de plus en plus du petit trochanter, il va sans dire qu'il en résultera un raccourcissement du membre. Le même phénomène, c'est-à-dire l'élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne ilio-ischiatique, peut être la conséquence d'un agrandissement de la cavité cotyloïde, en dehors et en arrière. Ce raccourcissement, qui peut aller jusqu'à 2 et 3 centimètres, s'accompagne le plus souvent d'une légère rotation en dehors. Finalement, l'articulation peut être complètement ankylosée, grâce à l'engrènement des masses osseuses marginales de prolifération, ce qui est particulièrement le cas, chez les individus qui ont été obligés de garder le lit. Cette ankylose marque le plus souvent la fin du processus.

L'arthrite déformante a souvent une durée très longue ; dix ans, ou même davantage, peuvent s'écouler avant que les lésions aient atteint un haut degré de gravité. Ce n'est qu'au début de la maladie que le traitement peut avoir parfois une certaine efficacité sous la forme de bains (eaux thermales indifférentes, bains salés ou sulfureux, quelquefois aussi bains de mer, douches froides, etc.). On préconise aussi l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur. Avant tout, les malades affectés de coxite déformante ne doivent pas renoncer complètement aux mouvements de l'articulation s'ils veulent éviter une raideur plus grande qui ne tarderait pas à se produire dans ces conditions. Lorsque les mouvements s'accompagnent de vives douleurs, on réussit parfois à supprimer cet inconvénient en faisant porter au malade un tuteur analogue à l'appareil de TAYLOR, de façon que l'articulation n'ait plus à supporter le poids du corps dans la marche. Dans un cas, j'ai même observé, grâce à ce traitement, un arrêt dans la marche de l'affection.

Dans les cas de contracture notable ou d'ankylose, il est rare que l'on puisse obtenir quelque résultat du brisement forcé. Grâce aux masses osseuses marginales de prolifération, les conditions mécaniques sont ici, le plus souvent, des plus défavorables. Dans un certain nombre de cas, la résection est indiquée, surtout lorsque des douleurs vives empêchent tout mouvement de l'articulation. De fait, cette opération a été déjà pratiquée un certain nombre de fois, et a donné des résultats relativement favorables. Il est vrai qu'en règle générale, les circonstances extérieures, l'âge du malade, l'embonpoint et la surcharge graisseuse du cœur dont il est ordinairement affecté, ne sont pas faits pour encourager le chirurgien à tenter une pareille opération.

Etude clinique et traitement des troubles de la motilité consécutifs aux processus inflammatoires de la hanche, et de l'ankylose en position vicieuse.

§ 56. — La guérison des diverses formes de coxite peut, dans les circonstances favorables, s'opérer avec conservation parfaite des fonctions de l'articulation. Mais, alors même que les mouvements articulaires restent limités dans une certaine direction, le membre peut encore rendre de très bons services, à condition que les mouvements dans le sens de l'extension soient possibles à un degré suffisant pour que le malade puisse garder, en marchant, la position verticale. Une diminution considérable d'amplitude des mouvements entraîne divers inconvénients qui se font sentir surtout lorsque l'individu change de position, se lève après s'être assis, etc. ; mais, en somme, le membre dans cet état est encore utilisable. Même une extrémité complètement ankylosée dans l'extension peut rendre encore d'excellents services.

Les obstacles aux mouvements qui persistent après la guérison de la coxite, sont de natures très diverses. Une contracture notable, une diminution de la mobilité peut être déjà la conséquence d'une rétraction des parties molles correspondant à l'ouverture de l'angle que forme la cuisse avec le tronc. Déjà FRORIEP avait démontré que certaines portions du *fascia lata*, et en particulier des faisceaux de cette aponévrose qui de la partie antérieure de la crête iliaque, se rendent à la région externe et supérieure de la cuisse, peuvent se raccourcir isolément par suite d'une rétraction inflammatoire, et empêcher les mouvements dans une direction déterminée.

Mais les faisceaux aponévrotiques superficiels ne sont pas seuls en cause, sous ce rapport ; les couches de tissu conjonctif situées plus profondément, par exemple celles qui, sous le muscle droit antérieur, vont du bassin à la cuisse, peuvent également par leur rétraction déterminer une attitude vicieuse du membre. Une rétraction cicatricielle du ligament iléo-fémoral peut avoir, dans un certain nombre de cas, les mêmes conséquences. D'autre part, d'après ce que nous avons dit, nous ne sommes certainement pas autorisés à nier la possibilité que les muscles ou certaines parties déterminées des aponévroses intermusculaires, apportent des obstacles du même genre aux mouvements de l'articulation.

Il ne peut guère être question ici sérieusement d'une contracture active des muscles ; il s'agit, sans doute, également de phénomènes de rétraction inflammatoire du tissu conjonctif intermusculaire, et en partie aussi d'une formation de tissu conjonctif aux dépens des fibres musculaires, par suite de l'inactivité des muscles. La section de ces derniers, et surtout des adducteurs raccourcis, a été pratiquée relativement souvent dans le but d'opérer le redressement du membre.

Les obstacles que nous venons de mentionner, ne déterminent toutefois que dans des cas exceptionnels la fixation du membre en attitude vicieuse ; ils produisent, non pas l'ankylose, mais une contracture qui souvent, il est vrai, s'en rapproche beaucoup. Ces obstacles agissent parfois encore plus efficacement, grâce au changement de position de la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde, ce qui est habituellement le cas, par exemple, dans la luxa-