

le bras et le tronc, complète l'appareil. La main reste libre et l'articulation radio-carpienne peut se mouvoir en tous sens, bien que l'épaule soit complètement immobilisée. Dans le même but, Bonnet emploie deux gouttières, l'une se mouvant sur la moitié de la poitrine du côté malade, l'autre entourant le bras. Ces gouttières convenablement matelassées sont assujetties



Fig. 136.

par des courroies. L'appareil ouaté de Burggræve (fig. 136) nous semble préférable, par cela seul qu'il est d'une confection facile et peu sujet à se déplaquer, reproche dont n'est point exempt l'appareil de Malgaigne. La coque scapulo-thoracique de Burggræve (fig. 136) se compose d'une ceinture en carton, pour fixer le bras contre le thorax, d'une longue épaulière également en carton pour soutenir l'épaule et le coude; d'un coussinet de ouate pour rembourrer l'aisselle; d'un bandage de corps et de bandes roulées pour le membre et l'épaule. On commence par appliquer une bande roulée depuis la main jusqu'au haut du bras; on place le coussinet dans l'aisselle, et on rapproche fortement le coude contre la poitrine, après avoir interposé entre eux une forte couche de ouate. On fixe le bras contre le thorax avec la ceinture de carton également matelassée et le bandage de corps; on passe l'épaulière sur l'épaule et sous le coude, et on assujettit le tout avec des tours de bandes passées alternativement autour de la poitrine, sur l'épaule, sous le coude, de manière à soutenir ces parties les unes par les autres, c'est-à-dire à empêcher l'épaule de remonter ou le coude de descendre. On enduit d'amidon la surface extérieure du bandage.

Quel que soit l'appareil que l'on mette en usage, dès que le membre est

condamné au repos absolu, on ne tarde pas à voir disparaître les douleurs. L'appareil reste appliqué jusqu'à ce que la période inflammatoire soit complètement passée; dès qu'il est enlevé, il faut songer à combattre la roideur musculaire, sous peine de voir celle-ci s'accroître et de devenir incurable. Les mouvements que l'on imprime au membre dans ce but peuvent amener une récurrence de la maladie; alors les douleurs, au lieu d'avoir une courte durée, ainsi que cela arrive quand elles sont la conséquence seule des mouvements, deviennent permanentes. En cas de récurrence, on doit de suite appliquer un nouvel appareil. Dans le cas contraire, on continue d'imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus en ayant soin d'immobiliser préalablement l'omoplate; on peut se servir d'appareils spéciaux de mouvements analogues à ceux décrits par Bonnet.

Si les désordres articulaires sont intenses, il reste comme ressources la désarticulation de l'épaule ou la résection des os malades. La résection est plus grave que la désarticulation; mais elle a l'avantage de conserver l'usage de la main et de l'avant-bras, et même certains mouvements du bras. On peut donc y avoir recours, à la condition toutefois que les lésions de l'humérus ne soient pas trop étendues.

VI. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION DU COUDE.

La tumeur blanche du coude est plus fréquente que celle de l'épaule. Suivant Rust, elle commence le plus souvent par la tête du radius; d'autres chirurgiens pensent que l'extrémité inférieure de l'humérus ou la synoviale seule sont le siège primitif de l'affection. Quoi qu'il en soit, au bout d'un temps assez court, les deux extrémités osseuses et la synoviale sont simultanément atteintes. Souvent l'affection est d'origine traumatique: elle succède à des coups, des chutes, des fractures, des torsions de la main et de l'avant-bras, la luxation du radius.

Les lésions osseuses peuvent se borner à une portion des surfaces articulaires, l'olécrâne, un des condyles de l'humérus; le plus souvent elles atteignent, après un certain temps, les trois os à la fois.

Le pus, quand la synoviale est ulcérée, se porte d'ordinaire en haut et en arrière, et l'abcès se fait jour entre l'humérus et le triceps; d'autres fois sur les côtés du brachial antérieur.

Les luxations spontanées sont rares; on a observé celle du radius en arrière et en dehors.

L'ankylose est rarement complète; elle atteint souvent le radius et le cubitus, pendant que l'articulation huméro-cubitale reste libre.

Symptômes. Le pli du coude, la tête du radius, les côtés de l'olécrâne sont le siège d'une douleur plus ou moins vive, augmentée par la pression, s'irradiant dans le poignet et la main, en suivant le trajet du nerf cubital; la peau qui recouvre l'articulation est tendue, luisante; les saillies osseuses disparaissent par l'effet du gonflement, sauf celle qui correspond à l'olécrâne; s'il existe un épanchement intra-articulaire, on perçoit la fluctuation

des deux côtés de cette dernière éminence. Quand le gonflement est considérable, le membre prend l'aspect d'un cône double, dont les deux bases appliquées l'une contre l'autre, au niveau du pli interarticulaire, vont en s'effilant le supérieur vers l'épaule, l'autre vers la main. L'avant-bras se porte dans une position intermédiaire à la demi-flexion et à l'extension; le biceps est fortement contracté; l'extension de l'avant-bras est impossible; les mouvements du poignet et de la main sont également difficiles.

La tumeur blanche du coude est en général peu grave. Souvent les lésions sont limitées et permettent au chirurgien d'intervenir activement. La maladie guérit souvent par ankylose; quelques sujets succombent à l'abondance de la suppuration.

Traitement. L'avant-bras est placé dans la flexion à angle droit et dans la demi-pronation, de façon à conserver la plus grande somme de mouvements au membre supérieur, une fois l'ankylose du coude établie. Pour immobiliser le membre dans la position précédente, on peut se servir d'une gouttière (fig. 55, p. 334); mais il est plus simple de recourir à un bandage roulé inamovible, en ayant soin, s'il existe des trajets fistuleux au pourtour

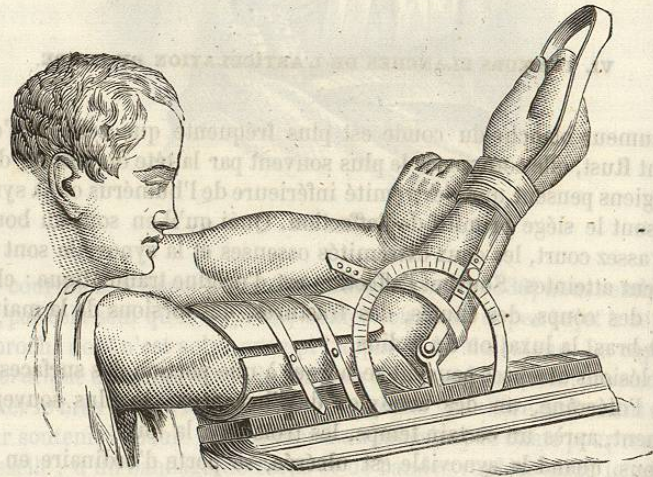


Fig. 137.

de l'articulation, d'y pratiquer des fenêtres qui permettent des pansements appropriés. L'appareil ouaté de Burggræve est ici particulièrement indiqué: il se compose d'attelles de carton coudées pour le bras et l'avant-bras, d'attelles pour maintenir l'espace interosseux. Ces dernières sont placées entre le radius et le cubitus entourés eux-mêmes d'un coussinet de ouate; l'avant-bras est ensuite placé dans la flexion et la demi-pronation, les attelles coudées disposées le long des bords de l'avant-bras et du bras; le membre est recouvert d'une bande roulée amidonnée ou dextrinée jusqu'au tiers moyen du bras. Après la guérison, on peut rétablir les mouvements

du coude par l'un des appareils imaginés dans ce but et que le malade lui-même met en jeu (voy. fig. 137).

Lorsque l'affection continue à faire des progrès, la résection du coude est préférable à l'amputation; celle-ci est commandée par l'étendue des lésions osseuses ou l'état des tissus périarticulaires.

VII. TUMEURS BLANCHES DU POIGNET.

Anatomie pathologique. Les lésions de la synoviale sont en général très-étendues; le plus souvent l'articulation radio-carpienne n'est point seule affectée, la maladie se propage à toutes les articulations du carpe et du métacarpe, en raison des communications intimes qui existent normalement entre les diverses synoviales. Les fongosités articulaires sont abondantes, épaisses; elles envahissent souvent les gaines tendineuses; les synoviales sont le siège d'un épanchement plus ou moins abondant, qui donne lieu à une tuméfaction surtout marquée à la face dorsale de la main. C'est dans cette région que les abcès s'ouvrent le plus souvent, plus rarement sur les côtés du poignet, au niveau des apophyses styloïdes du radius et du cubitus; dans quelques cas, ces abcès fusent le long des gaines tendineuses et viennent s'ouvrir plus ou moins loin sur la face dorsale de l'avant-bras; les abcès articulaires se font rarement jour aussi à la face palmaire de la main. Les lésions osseuses, carie, nécrose, tubercules, etc., peuvent être bornées à un seul des os du carpe, à l'une des apophyses styloïdes; ou bien elles sont beaucoup plus étendues; on a vu quelquefois tous les os du carpe et même les têtes des métacarpiens pris à la fois.

Les luxations spontanées du poignet ne sont pas communes; on a surtout noté la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière.

Symptômes. Au début, on constate d'abord une douleur vive, permanente, exaspérée par la pression et les mouvements, siégeant au pourtour de l'articulation, et parfois s'étendant aux doigts et à la main. En même temps il existe un gonflement plus ou moins marqué, apparent surtout à la face dorsale de la main; les saillies osseuses et les dépressions normales sont effacées; la main est dans l'extension, les doigts immobiles, l'apophyse styloïde du cubitus saillante sous la peau. Les mouvements du poignet et des doigts deviennent de plus en plus douloureux, et bientôt apparaissent des abcès; ce n'est qu'à une période plus avancée que survient la luxation.

Il est en général facile de reconnaître la tumeur blanche du poignet. On se fonde sur le siège du gonflement, l'exaspération des douleurs pendant les mouvements imprimés à l'article, la suppression plus ou moins complète de la pronation et de la supination; et à une période plus avancée, sur la possibilité de constater par l'exploration avec le stylet les lésions osseuses.

Le diagnostic du siège précis de la lésion n'a pas grande importance. Rust pensait que d'ordinaire la maladie débutait par la première rangée des os du carpe et que la seconde rangée est atteinte plus tard; nous avons vu que souvent toutes les articulations sont prises à la fois.

Le plus souvent la maladie guérit avec ankylose complète du poignet et une roideur considérable des doigts, consécutive à l'inflammation des gaines tendineuses des fléchisseurs et des extenseurs.

Traitement. Au début, Trousseau prescrivait avec assez de succès l'emploi du topique suivant : on fait bouillir dans de l'eau-de-vie camphrée la quantité de pain nécessaire à la confection d'un cataplasme assez grand pour environner toutes les parties malades ; on recouvre cette pâte d'une couche de camphre (10 grammes environ), et on y ajoute une dose égale d'extrait de belladone. Ce cataplasme reste en place six à huit jours ; pendant ce temps on maintient la main étendue sur une palette (fig. 47, n, p. 327). Si ce moyen est insuffisant, il faut immobiliser le membre dans une direction rectiligne avec l'avant-bras, et dans la demi-pronation au moyen

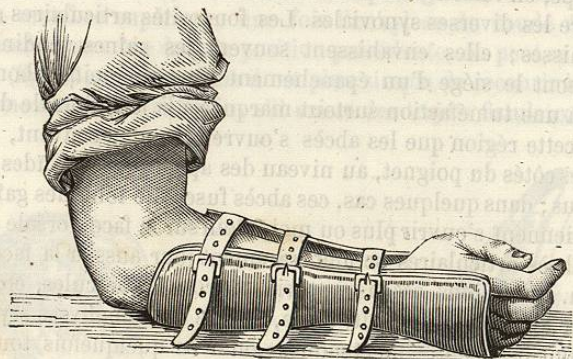


Fig. 138.

d'une gouttière matelassée (fig. 138) ou de l'appareil ouaté de Burggræve. Pour éviter l'ankylose des doigts, on leur imprime des mouvements, dès que l'on constate la disparition de la douleur et la diminution de la suppuration. Après la guérison, on peut se servir d'appareils à mouvements spéciaux pour rétablir les fonctions de l'articulation. Si la maladie continue à faire des progrès, il faut recourir à l'amputation de l'avant-bras de préférence à la résection du poignet, qui jusqu'à ce jour a donné des résultats assez malheureux. Si la lésion osseuse est bornée à un seul os du carpe, on peut l'extraire à travers des incisions convenables.

VIII. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE (SACRO-COXALGIE).

Il existe deux variétés bien différentes de tumeurs blanches de l'articulation sacro-iliaque : l'une qui se développe sous l'influence des causes diathésiques que nous avons énumérées (p. 593) ; l'autre qu'on peut appeler *puerpérale*, et qui se montre après l'accouchement, et surtout après un accouchement difficile.

Anatomie pathologique. Chez les femmes nouvellement accouchées, la synoviale paraît être le point de départ la maladie. Dans l'affection confirmée, les lésions de la synoviale, des cartilages, des os, ne diffèrent en rien de celles des autres tumeurs blanches. Quand il se forme des abcès, ceux-ci apparaissent d'ordinaire à la région fessière, et alors il n'est pas rare de trouver deux foyers, l'un superficiel, sous-cutané ; l'autre profond, communiquant avec le premier à travers les fibres du muscle grand fessier. Dans d'autres cas, le pus fuse du côté du petit bassin et se fait jour par le rectum ou le périnée ; dans d'autres encore, il pénètre dans la fosse iliaque et simule un abcès par congestion symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale.

Symptômes. La douleur est parfois légère, plus marquée pendant la marche et la station debout ; elle disparaît dans le décubitus dorsal ou l'extension en arrière de la colonne vertébrale. Souvent elle est très-violente et exaspérée par des pressions sur le grand trochanter, l'épine iliaque postérieure et supérieure, et surtout en cherchant à mouvoir l'os iliaque sur le sacrum ; le malade ne peut alors se coucher sur le côté affecté. Quelquefois le sujet ressent des irradiations névralgiformes le long de la cuisse, des élancements, des fourmillements dans toute la longueur du membre. On constate bientôt un gonflement, un empâtement au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure ; la fesse est aplatie ; le pli qui la sépare de la cuisse est plus profond ; le membre est plus grêle et plus long que le membre sain, en raison de l'abaissement de la totalité de l'os iliaque ; il n'y a pas d'allongement réel du membre, la distance qui sépare la crête iliaque du grand trochanter ne varie pas (voy. *Coxalgie*). Dans la station debout, le corps appuie toujours sur le côté sain, le membre malade est dans l'abduction, le genou fléchi, la pointe du pied dirigée en avant. L'allongement apparent du membre peut persister pendant toute la durée de la maladie ; dans quelques cas, à l'allongement succède le raccourcissement du membre, résultant d'un mouvement de totalité de l'os iliaque qui se rapproche des côtes. Bientôt survient la claudication, la marche est impossible, le malade reste dans le décubitus dorsal, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin. Le gonflement devient en même temps plus apparent, les douleurs augmentent ; après un temps assez long, huit, dix mois, un an, il se forme des abcès qui s'ouvrent à la région fessière, au niveau du pli de l'aîne, au périnée, à travers le rectum. A cette période surviennent des phénomènes généraux graves qui ne tardent pas à faire périr le malade. Dans les cas où l'affection se termine par guérison, on observe une diminution graduelle de tous les symptômes ; les fistules finissent par se tarir ; il ne reste plus qu'une claudication souvent peu marquée.

Diagnostic. La sacro-coxalgie peut être confondue avec la *fémoro-coxalgie* ; nous verrons plus loin les caractères qui distinguent ces deux affections. Si, dans la tumeur blanche sacro-iliaque, il existe des élancements douloureux dans toute l'étendue du membre, on peut au début surtout croire à une simple sciatique : les points douloureux de cette dernière affection (point sacro-iliaque, fémoro-tibial, malléolaire) n'existent point

dans la sacro-coxalgie et rendent facile le diagnostic différentiel ; de plus l'apparition des symptômes propres à la tumeur blanche ne laissent bientôt plus aucun doute. Il est aussi possible de confondre la *sacro-coxalgie* avec l'inflammation du muscle psoas, la carie des dernières vertèbres lombaires ou du sacrum, l'arthrite de la symphyse pubienne. Le siège précis de la douleur, qui est exaspérée par les mouvements de flexion et d'abduction du membre, l'élongation ou le raccourcissement de la cuisse, l'absence de crépitation ou de mouvements anormaux au niveau de la symphyse pu-

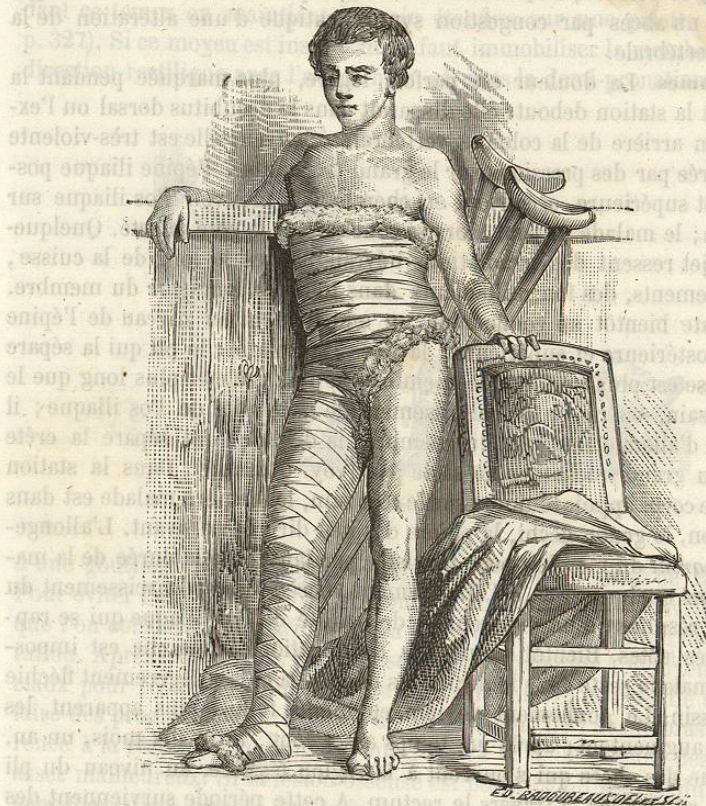


Fig. 139.

bienne, sont autant de signes propres à faire reconnaître la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque.

Pronostic. Il est grave. La guérison est rare quand la maladie est arrivée à la période de suppuration, que les os sont atteints de carie. Les foyers purulents qui s'ouvrent dans le petit bassin sont une circonstance très-fâcheuse. Quelquefois la guérison a lieu par ankylose, ce qui est parfois une difficulté pour l'accouchement.

Traitement. On recommande en général de placer le malade dans le

décubitus dorsal, et de le maintenir constamment au lit. Ce mode de traitement est préjudiciable par les raisons que nous avons déjà données (p. 602) ; il vaut mieux immobiliser le bassin dans un appareil approprié, et faire marcher le patient avec des béquilles. L'appareil ouaté de Burggræve (fig. 139) rend dans ces cas de grands services. Il se compose de deux pièces de carton assez larges pour embrasser les fosses iliaques et descendre jusqu'au-dessous des trochanters ; d'un bandage de corps ou de bandes roulées de cinq travers de doigt de large ; on applique les attelles bien matelassées d'ouate, et on les assujettit avec un bandage de corps, ou mieux un spica de laine double ou simple, selon qu'on veut agir d'un seul côté ou des deux côtés à la fois. On peut ménager des fenêtres qui permettent de pratiquer les pansements réclamés dans le cas spécial.

IX. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION ILIO-FÉMORALE (COXALGIE).

Sous le nom de *coxalgie*, on a décrit diverses affections de l'articulation coxo-fémorale : les inflammations aiguës et chroniques, les tumeurs fongueuses, les abcès froids et les lésions organiques des extrémités osseuses articulaires. Il serait assurément plus méthodique de séparer toutes ces maladies les unes des autres ; mais l'articulation de la hanche est située trop profondément pour qu'on puisse, à l'instar des articulations plus superficielles, le genou, le poignet, le cou-de-pied, observer les symptômes et la marche propres à chacune des espèces morbides que nous venons d'énumérer ; il faut les englober dans une seule description, en signalant seulement ce qu'elles présentent de spécial à l'articulation coxo-fémorale. Nous appellerons donc *coxalgie* une affection de l'articulation de la hanche caractérisée par des douleurs plus ou moins vives et accompagnées le plus souvent d'une déformation de la région coxo-fémorale. Cette maladie a été désignée aussi sous les noms de *coxarthrocace*, *fémoro-coxalgie*, *mal de hanche*, *hanche scrofuleuse*, *luxation spontanée ou consécutive du fémur*, *morbus coxae*, *morbus coxarius*, etc.

Positions et attitudes des malades dans les coxalgies. Quelle que soit l'espèce de lésion dont l'articulation de la hanche est le siège dans les coxalgies, la plupart des malades prennent des *positions* ou des *attitudes* spéciales qui jouent un grand rôle dans la marche et les terminaisons de cette affection, et qui sont aussi le plus souvent une source d'embarras pour le diagnostic.

La cuisse du côté malade est en général *fléchie* sur le bassin ; rarement cette flexion est directe ; presque toujours, au contraire, la cuisse est dans l'une des deux situations suivantes : ou bien elle est à la fois *fléchie*, dans l'*adduction* et dans la *rotation en dehors* ; ou bien elle est à la fois *fléchie*, dans l'*abduction* et dans la *rotation en dedans*. Bonnet a cherché à rendre compte de la diversité de ces positions, en invoquant les explications suivantes. La *flexion* seule est la conséquence : 1° de ce que la cuisse se fléchit naturellement pendant le repos ; 2° de l'effort exercé par les fluides qui

s'accumulent dans l'articulation ilio-fémorale sous l'influence des lésions dont la jointure est le siège : si, en effet, on pratique dans l'articulation de la hanche une injection de liquide, on reconnaît que la cuisse se porte dans la demi-flexion, dans l'abduction et dans la rotation en dehors ; 3° de ce que, la cavité articulaire étant plus spacieuse dans la flexion que dans l'extension, les malades choisissent instinctivement la première position, pour relâcher la capsule distendue, et pour diminuer les douleurs. L'*abduction* de la cuisse serait la conséquence du décubitus du malade sur le côté affecté, et de l'accumulation d'un liquide dans l'articulation ; l'*adduction* de la cuisse résulterait au contraire, de ce que le sujet, se couchant sur le côté sain, ramènerait le membre malade vers la cuisse du côté opposé ; il faut y ajouter la tendance instinctive du patient à relâcher les parties molles de la partie interne de la jointure, lorsque du pus formé dans l'articulation s'est échappé par cette voie.

Toutes les fois qu'il existe dans la coxalgie une attitude vicieuse prise par le malade, il en résulte des conséquences fâcheuses, soit immédiates, soit éloignées. Ainsi, lorsque la cuisse reste longtemps fléchie sur le bassin, et que la coxalgie se termine par une ankylose, la marche devient très-difficile, le corps subit une déformation qui rend les fesses saillantes en arrière et le tronc convexe en avant, d'où une cambrure des reins. Si la cuisse reste à la fois fléchie, dans l'abduction et dans la rotation en dehors, la capsule articulaire est distendue en dedans et en avant, elle peut s'ulcérer dans ce point, d'où la possibilité d'une luxation dans le trou obturateur ou sur le pubis. Si enfin la cuisse reste à la fois dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, la capsule articulaire est distendue et peut être ulcérée à sa partie postérieure et supérieure, d'où la production d'une luxation sur l'os des îles.

Indépendamment des conséquences précédentes, il en est d'autres qui résultent des connexions de la cuisse avec le bassin, et de la fixité de position du membre inférieur. Si le sujet restait constamment dans son lit et qu'il ne changeât pas d'attitude, le bassin conserverait avec le tronc ses rapports normaux ; mais comme les malades marchent le plus souvent ou qu'ils prennent dans leur lit diverses attitudes, ils sont forcés, pour trouver dans l'un ou l'autre cas, une base de sustentation suffisante, d'imprimer au bassin un mouvement qui corrige la déviation de la cuisse. Chez la plupart des sujets, le bassin subit une inclinaison latérale, de façon que l'une des crêtes iliaques s'abaisse pendant que l'autre s'élève ; il s'infléchit en même temps en arrière sur la colonne vertébrale ; il subit enfin un mouvement de torsion par lequel une des épines iliaques se place sur un plan antérieur à l'autre.

Différence de longueur des membres. Chez la plupart des malades atteints de coxalgie, on est frappé de la différence de longueur que présentent les deux membres inférieurs. Le plus souvent, le membre du côté correspondant à la lésion articulaire est allongé, parfois il est raccourci ; dans quelques cas il y a des alternatives d'allongement et de raccourcissement.

Ces variations dans la longueur du membre sont tantôt *réelles*, et c'est là le cas le plus rare, tantôt elles ne sont qu'*apparentes*.

1° Les variations de longueur *réelle* sont la conséquence d'un déplacement du fémur sur l'os des îles. Si le fémur se luxe dans la fosse iliaque, le membre est raccourci ; si c'est dans la fosse ovale, il est allongé. Quelques auteurs (J.-L. Petit, A. Bérard) ont encore admis qu'il pouvait y avoir un allongement réel du membre par le fait seul de l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans l'article. Les expériences sur le cadavre faites par Bonnet et Parise ont fourni des résultats tellement discordants, que dans l'état actuel de la science il nous semble difficile de résoudre cette question. Pareille réserve doit être faite pour l'opinion professée par Boyer et Larrey relativement à l'influence qu'exercerait sur l'allongement réel du membre le gonflement du paquet graisseux du fond de la cavité cotyloïde ; pour l'opinion de Bichat et de Boyer, qui admettent un gonflement des cartilages ; pour celle de Rust qui admet un gonflement de la tête du fémur ; enfin pour celle de Larrey et de Fricke qui admettent un relâchement des muscles qui s'étendent du bassin au fémur.

2° Les variations de longueur *apparente* sont beaucoup plus fréquentes. Les unes sont révélées par la simple inspection du malade, les autres par la mensuration.

Lorsque le malade est couché sur le dos, que les deux membres inférieurs sont étendus ou également fléchis, qu'ils ne sont entraînés ni dans l'adduction ni dans l'abduction, ni dans la rotation en dedans ou en dehors, il se peut qu'il n'y ait ni allongement ni raccourcissement apparents. Il est rare que les choses se passent ainsi. Dans la plupart des cas, le membre du côté affecté paraît allongé, et cet allongement peut aller jusqu'à 9 et 10 centimètres. Bonnet a expliqué cet allongement apparent par la position que prennent les malades affectés de coxalgie. D'après lui, cet allongement résulte, d'une part, de ce que la cuisse malade est placée plus ou moins fixement dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, la cuisse saine se dirigeant parallèlement à la première ; de l'autre part, de ce que le bassin est fléchi sur les cuisses, et le côté qui répond à la hanche malade situé plus bas et plus en avant que celui qui répond à la hanche saine. Parise attribue également l'allongement apparent à l'inclinaison latérale du bassin et à la torsion de cette partie du squelette sur son axe vertical. Il suffit de jeter les yeux sur un squelette pour se rendre compte de l'influence que la déviation de la cuisse ou du bassin exercent sur l'allongement du membre. Si vous portez l'un des membres dans l'abduction, et l'autre dans une adduction propre à maintenir le parallélisme des deux, le premier vous paraîtra plus long que l'autre ; mêmes résultats si vous inclinez l'une des épines iliaques pendant que l'autre se redresse ; mêmes résultats encore si vous portez l'une des épines iliaques en avant et l'autre en arrière, en prenant au préalable le soin de fléchir également les deux cuisses. En partant des principes précédents, on trouve aussi l'explication du *raccourcissement apparent* du membre dans les coxalgies. Ce raccourcissement est dû à l'adduction de la cuisse du côté malade ; si, en effet, dans cette position, on