

leuse de Kœnig) ou si ce processus a simplement modifié la structure de la synoviale (processus fongueux) ; mais à la hanche cette distinction est beaucoup plus difficile parce que l'articulation est située beaucoup plus profondément. Cependant la lésion articulaire peut être diagnostiquée de bonne heure. Tandis qu'au genou, c'est la forme extérieure de l'articulation qui nous permet de diagnostiquer la lésion dont elle est le siège, à la hanche ce sont les troubles fonctionnels qui nous conduisent à reconnaître les lésions. Toute cette étude clinique est due au génie d'observation de Bonnet.

EXPÉRIENCES DE BONNET. — Bonnet interrogea la nature par des expériences cadavériques. Il injecta un liquide dans l'articulation de la hanche. On peut faire cette injection en pénétrant dans l'articulation par un trou foré dans l'os, soit au niveau de l'éminence iléo-pectinée, soit par le bassin au niveau du fond de la cavité articulaire, soit enfin au niveau du trochanter en traversant le col et la tête. La première place est la meilleure. Après avoir nettoyé la canule, on y adapte un tube en caoutchouc par lequel on injecte facilement le liquide avec une seringue, et on comprime le tube au moment voulu au moyen d'une pince à forcipressure. Pendant que l'articulation se remplit de liquide, on constate un phénomène remarquable : la cuisse quitte le plan horizontal sur lequel elle repose, et se place dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Si on pousse l'injection très lentement, on peut suivre avec précision le trajet qu'exécute la cuisse. Lorsque la jambe reste fixe, l'opérateur éprouve une grande résistance ; aucune goutte de liquide ne pénètre plus dans la cavité, et si on forçait l'injection, la capsule se romprait. Si maintenant on comprime le tube, la jambe reste quelque temps dans la même position, puis revient petit à petit à sa position primitive en même temps que le liquide diffuse en dehors de l'articulation ; mais quand on se sert d'injections solidifiantes — je me sers d'injections métalliques — le membre reste indéfiniment dans la position que nous venons de décrire et on peut étudier exactement la disposition de l'articulation.

En ce qui concerne d'abord la position des extrémités osseuses, on voit que l'axe du fémur est dans la direction répondant à sa position moyenne. Mais ce n'est pas la position moyenne vraie de l'articulation, car si on ouvre la capsule, on voit que la tête n'arrive en aucun point au contact de la cavité cotyloïde. Le contact des surfaces articulaires a complètement disparu, et elles sont écartées de plus de 1 centimètre par la masse à injection. La position des surfaces l'une par rapport à l'autre est fixe. Supposons que le sommet de la tête ne soit séparé du sommet de la cavité que par une mince couche de synovie, et qu'ensuite la tête s'éloigne de la cavité en se mouvant suivant le

rayon qui unit le centre de la cavité à son pôle, on arrivera ainsi à la situation que donne l'injection. Cette disposition des surfaces articulaires a été désignée par Langer de la façon suivante : « L'articulation injectée se trouve dans une position parallèle à sa position moyenne. »

Les ligaments présentent les dispositions suivantes. Toutes les fibres sont tendues. La zone orbiculaire, moins extensible, forme un étranglement à l'intérieur de la capsule tendue. Tous les muscles sont en même temps le siège d'une légère tension passive.

Cette position si caractéristique — l'attitude moyenne pathologique ou position de Bonnet — est pathognomonique de la coxalgie. Elle est la position dite *coxalgique* ou celle que présente la jambe d'un individu atteint de coxalgie. Cette phrase montre l'importance des études de Bonnet.

En ce qui concerne les expériences cadavériques, il est bon de faire observer que cette position pathologique se produit mieux quand tous les muscles de l'articulation ont été enlevés. L'expérience réussit plus facilement, parce que le poids de ces muscles ne met plus d'obstacle à ce que la jambe se lève ; c'est pourquoi on a coutume en outre, dans ces expériences, de couper la cuisse à la partie moyenne. L'explication de ce phénomène doit être cherchée dans la disposition des ligaments. Quand on prend un sac, qu'on le tord sur son axe longitudinal, et que l'on y verse par en haut du sable, par exemple, on voit le sac se détordre petit à petit, et quand il est rempli, toute torsion a disparu. Or la position coxalgique est précisément celle dans laquelle l'articulation est à son maximum de distension et où la capsule doit par conséquent se détordre. Dans cette détorsion il faut que les mouvements se passent soit dans la cuisse soit dans le bassin ; or quand on tient la cuisse fixée et que l'on scie le bassin pour l'alléger on voit ce dernier tourner autour de la cuisse immobile ; quand au contraire on laisse le bassin fixe, c'est la cuisse entraînée par la capsule qui exécute le mouvement de détorsion : voilà l'explication de l'expérience de Bonnet.

Attitudes de la coxalgie. — Ces expériences ne répondent qu'aux cas où la tuberculose coxale s'accompagne d'un grand épanchement. Mais nous voyons cependant des coxalgies ne s'accompagner que d'un léger épanchement et cependant provoquer dès le début la rotation du membre ; l'attitude coxalgique doit donc reconnaître une autre cause que la distension de la cavité articulaire. Il est possible que la détorsion des fibres fasse disparaître une impression désagréable des nerfs de la capsule, ou, ce qui doit être pris également en considération, que la détorsion simultanée de l'entonnoir musculaire de la hanche fasse disparaître la tension de ces parties molles.