

qui restent dans la cuisse et se collectent dans la gaine des vaisseaux fémoraux, sous le fascia lata, sur le bord externe du muscle droit, ou entre les adducteurs ; et ceux qui abandonnent bientôt la cuisse pour monter soit dans la fesse, soit le long du psoas, soit dans les parois abdominales, soit enfin dans le bassin.

b) *Abcès de la fesse*, qui se développent à la région postérieure de l'articulation et évoluent sous la forme d'abcès de la fesse, ou bien descendent dans la cuisse ou pénètrent dans le bassin.

c) *Abcès pelviens*, résultant de la perforation du fond de la cavité, et restant dans le bassin.

On voit d'après ce rapide coup d'œil combien sont nombreuses les manières dont le pus peut entourer l'articulation et se propager.

Comme ces abcès étendus et sinueux restent longtemps après leur ouverture à l'état de fistules profondes et suppurantes, on voit fréquemment se développer à leur suite la dégénérescence amyloïde des viscères ou la tuberculose des viscères de l'abdomen, ou des poumons, complications qui se terminent par la mort.

MORTALITÉ. — On ne sait pas encore exactement dans quelle proportion la mort survient. Sur 100 cas de coxalgies, le comité de Londres a relevé une moyenne de 42 décès, dans les coxalgies suppurées la mortalité s'élève à 65 0/0. D'après Rabl, d'Halle, la mortalité serait moindre, mais sa statistique est moins nombreuse et n'a trait qu'à des cas dont le traitement fut parfaitement approprié ; la proportion de mort ne s'y élève qu'au quart. Depuis des années, je n'ai pas perdu un seul malade atteint de coxalgie dans ma pratique de ville. Leur nombre atteint près de 400 cas, et ils concernent des cas où les conditions extérieures étaient très favorables ; il est vrai que tous mes malades ne sont pas encore définitivement guéris, mais la moitié le sont sans aucun doute.

Signes et diagnostic. — Le fait de diagnostiquer l'existence d'une coxalgie sans autre détail n'offre guère de difficulté. Mais la reconnaissance exacte des lésions, c'est-à-dire des détails de l'articulation malade, cette reconnaissance, dis-je, comporte une instruction précise et un examen minutieux. Ce n'est que dans notre siècle que ces détails ont été étudiés. On est étonné de voir que les illustres auteurs de l'ouvrage intitulé « Sur la mécanique de l'appareil locomoteur de l'homme », les frères Weber, aient faussement compris la symptomatologie de cette affection. Quel est donc l'homme qui eut l'esprit assez fin, pour comprendre et décrire ce chapitre difficile ? Ce fut A. Bonnet, dont les travaux classiques sur les maladies des articulations ont déjà été cités par nous à plusieurs reprises.

Je commencerai ce chapitre en donnant un exemple frappant.

On nous amène un enfant de 7 ans, boiteux. Je le fais coucher horizontalement sur une table et l'examine. On observe tout d'abord que quand les deux jambes sont placées parallèlement l'une à l'autre, la gauche paraît allongée. Le talon de cette dernière descend 3 centimètres plus bas que l'autre ; le pli du genou est plus bas de la même longueur. Mais en mesurant la distance qui existe entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la malléole externe, je ne trouve aucune différence entre la jambe gauche et la jambe droite : la différence de longueur n'est donc qu'apparente. C'est là un point très important ; bien que je n'eusse pas mesuré avec autant de rigueur que nous l'avons indiqué au début de ce volume, j'avais cependant mesuré approximativement. Quand nous dirons qu'il n'y a pas plus de 30 ans cette elongation était considérée comme réelle et que l'on décrivait à la maladie un stade d'*elongation*, nous comprendrons le motif principal pour lequel les observateurs de cette époque étaient tombés dans l'erreur. L'allongement n'est qu'apparent et sa cause doit être cherchée dans le *changement de position* du bassin. En jetant un coup d'œil sur la position des deux épines iliaques antéro-supérieures, nous voyons que la gauche est située plus bas que la droite ; car une ligne droite, menée de l'une à l'autre, n'est pas perpendiculaire à la ligne médiane du tronc, mais oblique, avec son extrémité gauche inclinée

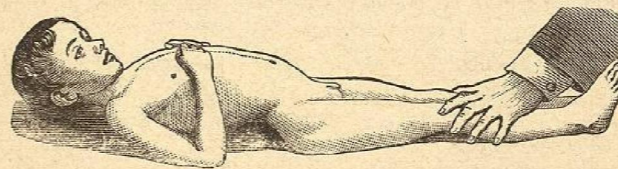


Fig. 59. — Coxalgie. Les membres sont ramenés au parallélisme grâce à la déviation du bassin.

vers le pied. L'allongement apparent de la jambe gauche tient donc à une inclinaison à gauche du bassin.

Mais nous remarquons encore une autre anomalie dans la position du bassin. L'enfant ne repose pas exactement sur le dos. La région lombaire est incurvée en lordose, et surplombe la table, si bien que je puis passer mon poing entre elle et le dos du malade. Lorsqu'il n'existe pas une lordose proprement dite, cela indique une inclinaison exagérée du bassin. Si, d'après les indications de A. Meyer, je réunis la portion moyenne de la 3^e vertèbre sacrée au bord supérieur de la symphyse, je remarque qu'il existe en effet une forte inclinaison du bassin. Je puis encore mesurer cette inclinaison d'une façon indirecte en tirant une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter, et en considérant l'angle que fait cette ligne avec le corps du fémur, cet angle est beaucoup moins ouvert qu'à l'état normal, ce qui indique une forte inclinaison du bassin ; enfin je puis constater cette inclinaison encore bien plus simplement en considérant la position du sacrum : le sacrum n'est pas horizontal, mais vertical (fig. 59).

Enfin le bassin présente une anomalie de situation dans une troisième direction ; si j'abaisse des épines iliaques antéro-supérieures deux perpendiculaires sur le plan de la table, la perpendiculaire gauche est beaucoup plus longue que la droite. En d'autres termes, le plan frontal de l'épine iliaque gauche est antérieur au plan frontal de l'épine droite. Il existe donc aussi une *torsion* du bassin.

Je saisis alors la cuisse gauche et la place dans une flexion moyenne ; l'incli-