

moyennement fléchi, il n'est ni dans l'abduction ni dans la rotation en dehors, mais c'est le bassin qui a subi un mouvement d'abaissement et de rotation (l'attitude pathognomonique est donc masquée par les mouvements du bassin). La fesse est élargie, aplatie, excavée en arrière du trochanter. Les mouvements de l'articulation sont très restreints; tout mouvement actif est presque impossible. La malade souffre quand elle est debout, quand elle marche, ou quand on appuie en avant de la cuisse ou sur la face interne des genoux. On la traite par une extension de 6 livres. Le 5^e jour, elle présentait une amélioration notable; les douleurs avaient à peu près complètement disparu dès le premier jour; l'attitude de la jambe était meilleure et les mouvements étaient plus étendus. Au 10^e jour, la guérison était complète. La marche était parfaitement libre, sans la moindre claudication, et absolument indolente. L'attitude du bassin était normale, l'allongement apparent avait complètement disparu » (Wernher).

Mais il existe aussi des cas dans lesquels l'attitude de la 2^e période (flexion, adduction, pronation) est absolument la même que dans une coxalgie typique. D'autre part il en est où le changement d'attitude ne consiste qu'en une flexion. La fixité de l'articulation est en même temps tellement énergique que l'on ne peut mouvoir la cuisse que sous le chloroforme; on voit alors qu'aucun obstacle ne s'oppose aux mouvements, et qu'ils sont parfaitement libres dans toutes les directions. Si la maladie dure pendant des années, la croissance du membre est interrompue, il s'amaigrit, subit un raccourcissement réel, mais le trochanter ne remonte jamais. L'articulation est fréquemment douloureuse à la pression, et même il y a des douleurs à distance; dans la coxalgie nerveuse, elles ont même l'habitude de prédominer, et ont la forme de névralgies en ce sens qu'elles s'étendent sur une voie nerveuse bien déterminée, qu'elles sont très fréquentes, et qu'elles subissent des exacerbations et des crises. Les points douloureux ne font pas défaut non plus. Ils se trouvent en avant de l'articulation, en dedans de l'artère, puis tout le long de la face interne de la cuisse jusqu'au genou; enfin au-dessus du condyle interne. Souvent, les malades accusent une douleur quand on appuie sur le trochanter, en pressant ainsi la tête contre la cavité cotyloïde, si bien qu'on est vraiment tenté de croire à une inflammation de l'articulation.

Au point de vue de la motilité, on observe en dehors des contractions musculaires qui produisent la raideur que nous savons, des paralysies et une faiblesse de certains muscles, par exemple du quadriceps, des fessiers et dans les cas extrêmes ces muscles ne réagissent pas même sous l'influence de l'électricité. Il est évident que la nature nerveuse de cette affection ne peut quelquefois être reconnue qu'après une observation plus ou moins longue; les signes qui permettent de diagnostiquer cette origine sont l'absence de gonfle-

ment de l'articulation même longtemps après le début, et surtout l'absence de déplacement du trochanter. Dans beaucoup de cas, d'autres signes d'hystérie mettront sur la voie dès le début; ou bien on remarquera que de fortes pressions ne produisent pas de douleurs tandis que le moindre frôlement sur la peau en détermine de très vives. L'extension continue jointe au traitement anti-hystérique amène dans la plupart des cas la guérison avec une rapidité surprenante.

Si en même temps que l'attitude pathognomonique on constate un déplacement trochantérien, c'est que la maladie n'est pas de nature nerveuse, c'est que l'articulation est altérée, qu'elle a subi des désordres graves; on comprendra toute l'importance de ces paroles quand on se rappellera qu'après un certain temps la jambe malade peut présenter un raccourcissement réel. Ce n'est pas le raccourcissement de la jambe résultant de son immobilité qui doit faire porter le diagnostic de coxalgie, mais c'est le déplacement en haut du trochanter.

DIAGNOSTIC DES ABCÈS. — L'importance de ce signe n'est pas seulement capital pour différencier la coxalgie, mais aussi pour faire le diagnostic des abcès péri-articulaires. Il existe en effet des cas rares dans lesquels des abcès péri-articulaires s'accompagnent de flexion et d'abduction du membre: le défaut de déplacement trochantérien permet d'affirmer que la suppuration n'est pas intra-articulaire. Les abcès de ce genre s'observent à la suite d'accidents puerpéraux; une para-métrite peut s'étendre dans le tissu cellulaire et provoquer un abcès péri-articulaire. Une para-métrite peut même entraîner un abcès du psoas, ce dernier perforer la bourse du muscle iliaque et pénétrer par là dans l'articulation. Dans les cas de ce genre, on constate que les mouvements articulaires sont libres, sauf l'extension (psoïtis); tout d'un coup tout mouvement devient impossible et on peut diagnostiquer à ce moment la perforation de l'articulation.

Ankylose de la hanche. — Pour terminer, disons un mot des inflammations anciennes et guéries de l'articulation de la hanche. Je me suis aperçu que l'on n'avait pas toujours ici une idée bien exacte des choses. Le raccourcissement de la jambe, l'ankylose de la hanche dans une attitude vicieuse, les cicatrices péri-articulaires, — ces signes conviennent, il est vrai, à la coxalgie, mais ils peuvent également s'observer à la suite d'une destruction de l'extrémité supérieure du fémur et de la suppuration de la hanche par ostéomyélite.

Qu'on n'aille pas dire que ce soit également une coxalgie; c'est il est vrai une coxite suppurée; mais autant la pnetimonia croupale, due à un processus cocciqne, diffère de la tuberculose bacillaire du poumon, autant la coxalgie tuberculeuse diffère de l'arthrite ostéomyéli-