

l'artère amène un affaiblissement des battements et quelquefois même leur cessation complète. On palpera donc avec soin la poplitée et la tibiale postérieure en comparant leurs pulsations avec celles du membre opposé. Quant aux nerfs, ils sont moins souvent lésés et leur compression se traduit par des douleurs qui s'irradient plus ou moins loin dans le membre inférieur.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DE LA HANCHE

C'est l'articulation coxo-fémorale qui dans les affections organiques de la hanche est le plus souvent en question ; il faudra donc songer d'abord à une arthrite et passer en revue les maladies chirurgicales qui peuvent la simuler.

Affections aiguës. — Nous avons dit, à propos de l'aïne, ce qu'il fallait faire pour reconnaître les suppurations chaudes périarticulaires ; nous n'y reviendrons pas et nous allons nous occuper des *arthrites aiguës de la hanche*.

Elles se manifestent par des douleurs vives spontanées et à la pression au niveau de la tête fémorale, douleurs exaspérées par les mouvements. L'attitude du membre est spéciale ; il est placé légèrement en flexion pour relâcher l'articulation ; il existe un certain empâtement de la région qui est augmentée de volume sans l'être d'une façon considérable ; enfin il y a un retentissement sur l'état général qui se traduit par de l'élévation de température. Tous ces signes et principalement l'impotence fonctionnelle et la douleur au moindre mouvement permettent de diagnostiquer une arthrite aiguë dont il faut rechercher la nature. Il ne faudra cependant pas oublier de songer à l'*ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*. On sait que c'est le cartilage conjugal qui est le point de départ de ces terribles accidents inflammatoires et le cartilage qui unit la tête du fémur à son col se trouve contenu dans l'articulation, d'où la possibilité d'une arthrite secondaire de la hanche ; mais dans l'ostéomyélite de cette région les lésions sont loin d'être limitées à l'article ; elles ont le plus souvent débuté par la partie supérieure de la diaphyse et se sont accompagnées d'accidents

locaux qui par leur gravité donnent la clé du diagnostic.

Il existe en effet un gonflement considérable de toute la racine du membre, ce gonflement prédomine surtout à la partie externe. Les parties sont œdémateuses, tendues, douloureuses à la pression. On remarque de plus une dilatation veineuse superficielle tout à fait anormale et indiquant le trouble qui a été apporté par la maladie dans la circulation osseuse. L'état général est des plus graves, la température est très élevée, les douleurs sont intolérables ; il y a du délire. Enfin la marche rapide de l'affection, qui ne tarde pas à montrer de la fluctuation à la racine du membre, la connaissance de cette maladie qui fait qu'on sait qu'elle est spéciale aux enfants ne peuvent laisser de doute au clinicien.

Quand on aura écarté l'ostéomyélite et reconnu une arthrite aiguë qui n'est pas produite par une infection directe (traumatisme, plaie articulaire), on éliminera d'abord les arthrites infectieuses faciles à reconnaître puisqu'elles arrivent dans le cours d'une maladie éruptive ou de la fièvre typhoïde pour songer à une arthrite rhumatismale ou blennorrhagique. On reconnaîtra ces deux affections l'une de l'autre aux caractères que nous avons donnés à propos de l'épaule et du coude et nous n'y insistons pas davantage.

Affections chroniques. — Il en est une qui, à la hanche, prime toutes les autres, c'est la coxalgie ; nous allons donc étudier son diagnostic et celui de toutes les maladies chirurgicales qui pourraient la simuler.

DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE

La *coxalgie* doit être envisagée, au point de vue du diagnostic, dans ses deux périodes : période non suppurée et période de suppuration.

1° La coxalgie n'est pas suppurée. — Le tableau clinique en est frappant et nous allons le donner, car il permettra de mettre en relief les symptômes qui différencient la coxalgie des autres affections avec lesquelles elle pourrait être confondue : c'est la *douleur* qui, en général, se montre la pre-

mière. Elle est spontanée ou provoquée : *spontanée*, elle présente de nombreuses variations relativement à son siège et à son intensité ; tantôt c'est une sensation de gêne profonde ressentie dans la hanche ou rapportée plus bas à la face interne de la cuisse ; le plus souvent cette douleur se montre du côté du genou au début, et elle est quelquefois tellement intense par rapport à celle de la hanche, qu'on est tenté de croire que l'altération principale siège dans l'articulation tibio-fémorale ; d'où cette règle d'examiner l'articulation coxo-fémorale quand le malade accuse une douleur du genou sans signes locaux. La marche, la fatigue augmentent cette douleur spontanée, qui peut disparaître pendant un intervalle de plusieurs jours pour réparaître ensuite.

La douleur provoquée par les pressions a une plus grande importance. L'*exploration directe* sera faite sur l'extrémité supérieure du fémur et sur la tête fémorale de la façon suivante : le malade étant couché sur le dos, la cuisse étendue, on exercera une pression modérée, puis graduellement plus profonde dans le pli de l'aîne au niveau des vaisseaux fémoraux (voir *Anatomie clinique*) et si l'article est malade, on trouvera une sensibilité plus grande de ce côté que du côté sain. Puis on explorera la tête directement dans sa portion postérieure en mettant la cuisse en flexion. (Voir *Anatomie clinique*.)

D'ordinaire le grand trochanter n'est pas douloureux, mais le petit trochanter peut le devenir et on s'en rendra compte en faisant une pression à la face interne de la cuisse, au niveau des muscles adducteurs, à quelques centimètres de la branche ischio-pubienne.

L'*exploration indirecte* est aussi d'un secours précieux ; c'est ainsi que de petits chocs imprimés avec le poing sur le grand trochanter se transmettent à l'articulation et y déterminent de la douleur quand celle-ci est malade. On arrive au même résultat en saisissant la cuisse ou la jambe à pleines mains et en repoussant le membre sur le bassin ou encore le membre étant dans l'extension, en donnant de petits chocs sur le talon, chocs qui se répercutent dans l'articulation.

Le *toucher rectal* a été préconisé par Cazin (de Berck). On explore ainsi le fond du cotyle en portant la pulpe de l'in-

dex en haut et en dehors sur la face interne de l'os iliaque et la pression peut déterminer de la douleur ou montrer un certain empâtement qui peuvent éclairer le diagnostic.

La *claudication* précède quelquefois la douleur et principalement chez le jeune enfant qui refuse de marcher, demande qu'on le porte et traîne la jambe à la fin de la journée. Marjolin avait remarqué que l'oreille donnait, dans ces cas, des renseignements plus nets que la vue. Le rythme de la marche est en effet changé, le pied du côté sain se pose franchement avec bruit sur le plancher, tandis que celui du côté malade se pose légèrement et moins rapidement, d'où deux sons alternatifs et d'inégale intensité. C'est ce qu'on appelle *le signe du maquignon*, qui fait reconnaître chez le cheval un très léger degré de boiterie.

Les *contractures musculaires* fixant l'articulation dans une immobilité relative ne tardent pas à apparaître. Si, en effet, on cherche à imprimer des mouvements à la cuisse, le malade étant couché, à un examen superficiel, on peut croire qu'elle se meut avec autant de facilité du côté malade que du côté sain. Il n'en est rien et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à appliquer un doigt sur l'épine iliaque antéro-supérieure et à fléchir ou à étendre le membre inférieur ; on voit que le bassin suit tous les mouvements du fémur.

Ces contractures musculaires ne tardent pas à fixer le membre dans une attitude vicieuse qui change d'après la période de la maladie et qu'il est absolument nécessaire de connaître.

Flexion, abduction et rotation en dehors, telle est l'attitude de la première période.

Flexion, adduction et rotation en dedans, telle est l'attitude de la seconde période.

Certes la flexion peut manquer dans certains cas rares, ainsi que l'abduction ou la rotation, mais ce sont des exceptions dont il ne faut pas tenir compte.

Examinons d'abord la première attitude : *Flexion, abduction et rotation en dehors*. Elle a pour conséquence de déterminer une flexion du bassin qui se traduit par une ensellure, quand le malade debout veut mettre le pied à terre ou quand couché il met le membre inférieur du côté malade dans

l'extension. Il est facile de corriger cette enclure en replaçant petit à petit la cuisse en flexion sur le bassin on voit peu à peu la région lombaire prendre contact avec le plan du lit (voir fig. 53).

En même temps que le bassin se fléchit, il s'incline latéralement, l'épine iliaque antéro-supérieure s'abaisse du côté malade. Il s'ensuit que le bassin, descendant de ce côté, le membre inférieur suit le mouvement et il y a *allongement*

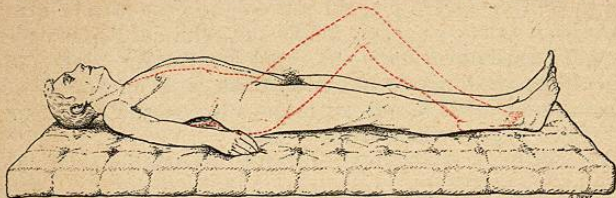


Fig. 53. — Coxalgie.

Lorsque le membre inférieur est étendu, la face postérieure du tronc est soulevée (*tracé noir*) ; cette dernière repose sur le matelas quand la jambe est fléchie (*tracé rouge*).

apparent de ce membre inférieur et d'autant plus apparent que l'épine iliaque antéro-supérieure du côté sain a remonté entraînant avec elle le membre du côté sain. Si, le malade étant couché, on pratique la mensuration des deux côtés, de l'épine iliaque antéro-supérieure, au genou ou à la malléole interne, on trouve que le membre qui paraît allongé est plus court que l'autre, ce qui semble impossible ; mais ce qui s'explique, si on réfléchit que le membre malade est dans la flexion et dans l'abduction et que dans cette situation, l'épine iliaque antéro-supérieure se rapproche du condyle interne comme on peut s'en rendre compte dans la figure ci-jointe, tandis que du côté sain dans l'extension, elle s'en éloigne.

Ce qui prouve que cet allongement et ce raccourcissement ne sont qu'apparents, c'est qu'on peut les faire disparaître en replaçant le bassin dans sa situation normale. Pour cela on opère des tractions sur le membre sain jusqu'à ce que les deux épines iliaques antéro-supérieures soient sur une

ligne horizontale, ce dont on se rendra compte en les rejoin-

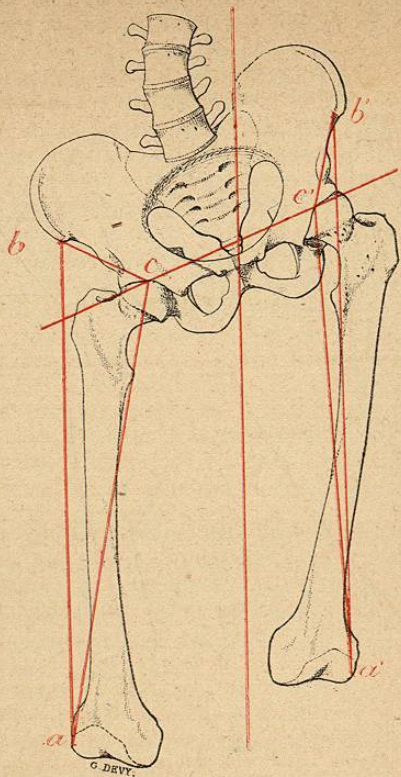


Fig. 54. — Schéma destiné à montrer l'allongement et le raccourcissement apparents.

a, a', bords externes des condyles fémoraux. — *b, b'*, épines iliaques antéro-supérieures. — *c, c'*, bords horizontaux du pubis. (La ligne *a'b'* est plus longue que la ligne *ab*.)

quant par un ruban métrique ou par une ficelle appuyée

sur elles; du milieu de ce ruban métrique ou de cette ficelle et passant par le milieu du pénil, on tendra un autre ruban

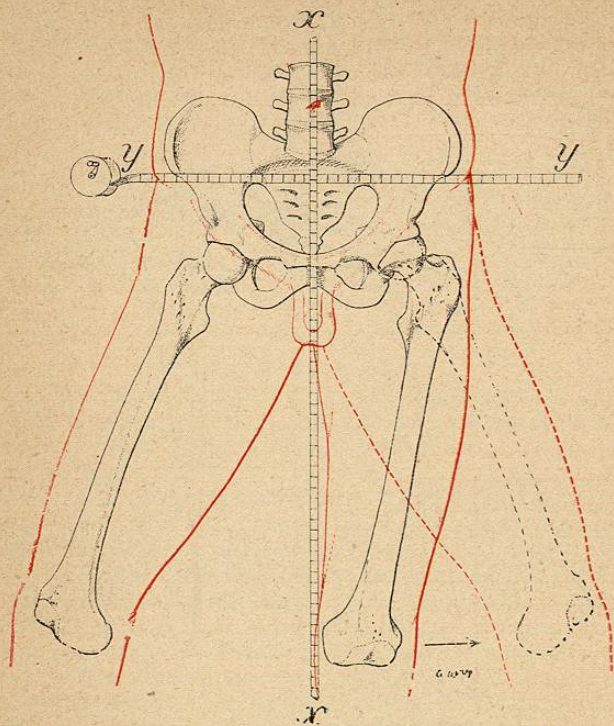


Fig. 55.

xx, ruban métrique vertical et médian. — yy, ruban métrique horizontal passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures.

métrique qu'on placera dans une situation absolument perpendiculaire au premier, puis on déviara le membre sain jusqu'au moment où il aura pris la situation d'abduction

du membre malade et, ce résultat acquis, on pratiquera les mensurations des deux côtés, des épines iliaques antéro-supérieures à l'interligne articulaire du genou, à la base de la rotule ou à la pointe de la malléole interne et on trouvera la même longueur pour les deux membres.

On a ainsi tourné la difficulté qui provient de l'impossibilité où on est de mettre le membre malade dans une attitude normale, fixé qu'il est dans sa mauvaise position, par les contractures dont nous avons parlé plus haut.

Examinons maintenant la deuxième attitude, elle succède à la première. Le membre est placé en *flexion, adduction et rotation en dedans*. Le bassin est un peu relevé du côté malade et le membre paraît raccourci. Si, à l'aide du procédé indiqué plus haut, on essaie de placer les deux membres dans une situation semblable (ce qui est difficile et même impossible dans certains cas quand l'adduction dépasse la ligne médiane); on s'aperçoit par la mensuration que le membre est réellement raccourci. A ce moment, en effet, le fémur s'est déplacé dans la cavité coxaloïde; il y a eu ascension de la tête fémorale, c'est-à-dire ce qu'on appelle luxation spontanée, phénomène que nous étudierons plus loin avec la coxalgie suppurée.

Pendant que ces attitudes vicieuses s'établissent, d'autres symptômes se montrent. L'*atrophie musculaire* est même précoce et se constate facilement sur le triceps; elle porte aussi sur le grand fessier et, si on examine le malade debout, on constate une asymétrie des deux fesses et un *abaissement du pli fessier* du côté malade.

Il existe aussi de l'*engorgement ganglionnaire*. Les ganglions de l'aîne sont durs, augmentés de volume dans la grande majorité des cas et les ganglions de la fosse iliaque peuvent être aussi atteints.

Tels sont les principaux symptômes de la coxalgie non suppurée. Avec quelles affections peut-elle être confondue? Chez les tout jeunes enfants le diagnostic de la coxalgie est très délicat, car on ne peut avoir aucun renseignement sur le siège du mal et s'ils ne marchent pas encore, on a toute une catégorie de symptômes qui manquent. A ce moment la luxation congénitale de la hanche pourrait être confondue

avec la coxalgie ; mais dans cette affection, la douleur manque ; en aucun point une pression n'éveille une sensibilité anormale. De plus, lorsqu'on tient l'enfant suspendu, dans la coxalgie, le membre sain s'agite, le membre malade reste immobile ; dans la luxation congénitale un certain nombre de mouvements sont limités, il est vrai, mais d'autres sont plus étendus et l'enfant remue les deux membres. Quand la luxation congénitale est complète, on peut faire mouvoir la tête sur ce qui devrait être la cavité cotyloïde et la faire apparaître anormalement dans la fosse iliaque où on la sent.

Si l'enfant marche, on voit que dans la luxation congénitale, il ne prend pas les mêmes précautions que dans la coxalgie, puisque les mouvements ne sont pas douloureux, et la démarche est spéciale : le petit malade plonge, c'est-à-dire que le membre inférieur paraît s'enfoncer dans le bassin. Enfin, la luxation congénitale est souvent bilatérale et, de plus, l'aspect de l'enfant est particulier, il paraît avoir des jambes trop courtes par rapport aux dimensions du tronc et des bras.

La *paralyse infantile* donne lieu à des atrophies musculaires et à un raccourcissement du membre, ce qui amène des troubles moteurs ; mais outre qu'il est rare de la voir limitée aux muscles de la jambe, si on examine l'articulation de la hanche avec soin, on la trouve parfaitement saine et enfin la paralysie d'un membre n'altère pas la santé générale comme le fait la coxalgie.

Chez les adolescents, nous trouvons des affections chirurgicales auxquelles l'un de nous a donné le nom de *pseudo-coxalgies* et qui simulent à s'y méprendre la maladie véritable. Certaines d'entre elles sont inflammatoires et proviennent du squelette, soit du côté du bassin, soit du côté de l'extrémité supérieure du fémur et principalement au niveau du grand trochanter. Ce sont presque toujours des poussées ostéomyélitiques qui n'arrivent pas à suppuration et qui donnent le tableau clinique de la coxalgie. Ces *trochantérites*, pour leur garder le nom que leur avait donné Lefort, se différencient de la lésion que nous étudions aux caractères suivants. Il n'existe pas de douleurs articulaires,

mais des douleurs bien localisées au niveau du grand trochanter où la pression détermine le maximum de sensibilité, tandis qu'un toucher même énergique n'est pas douloureux ni dans le triangle de Scarpa, qui est normal, ni en arrière au fond du creux ischio-trochantérien, ni en dedans au-dessous du pli génito-crural. Les mouvements ne sont pas supprimés, ils sont difficiles, car ils sont un peu douloureux, mais on peut se rendre compte de la liberté de l'articulation. Il n'existe jamais de raccourcissement réel du membre inférieur ; enfin, en saisissant le grand trochanter à pleine main et en le comparant avec celui du côté sain, on constate qu'il est augmenté de volume, qu'il est épais.

La *coxalgie hystérique* simule à s'y méprendre la coxotuberculose. Elle est très rare chez les hommes et se rencontre chez la femme plutôt dans la jeunesse, très souvent au moment de la puberté.

Elle se différencie de la coxalgie ordinaire par les caractères suivants : elle se déclare le plus ordinairement brusquement, à l'occasion d'une cause insignifiante chez une personne qui peut avoir des antécédents nerveux ou bien présenter tous les caractères de l'hystérie confirmée. Un léger traumatisme et même l'imitation peuvent être la cause déterminante de l'affection. Les douleurs n'ont pas un siège fixe, mais se localisent au dire de la malade tantôt en avant, tantôt en arrière. On observe en outre une hyperesthésie cutanée qui détermine parfois de véritables crises de nerfs dès qu'on effleure à peine la peau ; ce qui faisait dire à Brodie qu'on détermine des douleurs beaucoup plus vives en pinçant la peau qu'en exerçant des pressions profondes.

Dans ces deux affections, les contractures siégeant sur les muscles pelvitrochantériens peuvent donner lieu exactement aux mêmes attitudes vicieuses, y compris l'inclinaison du bassin en avant et l'ensellure lombaire. Il est vrai que, dans la coxalgie tuberculeuse, on observe le plus souvent la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, alors que, dans la coxalgie hystérique, on constate presque toujours la flexion avec adduction et rotation en dedans. Mais cela ne saurait constituer un signe différentiel, puisque les

deux positions peuvent exister dans l'une ou l'autre affection.

Ce qu'il y a de particulier dans la coxalgie hystérique, c'est la résistance des contractures. Dans une coxalgie, surtout au début, on arrive, en y mettant beaucoup de patience, à triompher des contractures dans une certaine mesure et à imprimer de petits mouvements à l'articulation ; or, on n'y parvient jamais pour la coxalgie hystérique.

Dans cette dernière affection, la marche présente aussi quelque chose de très spécial. Si on fait lever la malade, elle conserve le recroquevillement du membre inférieur dû à son attitude vicieuse ; mais elle ne souffre pas, et elle peut marcher en sautillant ou en s'appuyant aux meubles. Si on essaie d'obtenir le même résultat avec une coxalgique : au moindre mouvement la malade éprouve de vives douleurs et refuse de quitter son lit.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, jamais d'abcès et enfin s'il persistait un doute dans l'esprit, il n'y aurait qu'à soumettre la malade à l'anesthésie chloroformique pour constater que l'articulation jouit de la mobilité la plus complète, sans trace de craquements ni de frottements.

Chez les adultes, la *sciaticque* est souvent prise pour une coxalgie à sa première période. Les douleurs sont en effet telles que non seulement les malades ont de la claudication, mais encore prennent des attitudes analogues à celles que nous avons signalées plus haut. Mais si on examine la colonne vertébrale, on voit que les malades la fléchissent en avant pour amener autant que possible le relâchement des muscles douloureux, tandis que chez les coxalgiques, au contraire, le rachis est toujours dans une extension exagérée. De plus les points douloureux de Valleix (points lombaire, sacro-iliaque, iliaque, etc...) n'existent pas dans l'arthrite chronique de la hanche. La pression au niveau du grand trochanter qui est presque toujours douloureuse dans cette dernière affection est indolore dans la sciaticque ; et dans celle-ci les mouvements de la jointure ont conservé toute leur étendue, ce qui n'est pas dans la coxalgie.

La *périarthrite coxo-fémorale*, décrite par l'un de nous, donne aussi le tableau symptomatique de la coxalgie. Il

existe en effet des douleurs dans la hanche et même au niveau du genou. La claudication est manifeste ; lorsqu'on examine le sujet debout en se plaçant derrière lui, on constate un aplatissement de la hanche très prononcé, le pli fessier est abaissé. L'allongement apparent a lieu, de même que l'attitude vicieuse de la cuisse à demi fléchie sur le bassin dans la rotation en dehors et dans l'abduction. Mais cependant dans la lésion est extra-articulaire et réside dans la bourse séreuse du grand fessier comme on peut s'en rendre compte, en constatant le gonflement qui siège au niveau de celle-ci et en établissant que l'articulation coxo-fémorale est entièrement saine. Dans la coxalgie, en effet, lorsqu'on saisit la cuisse entre les deux mains et qu'on imprime un mouvement brusque au fémur de manière à produire un choc de la tête contre la cavité cotyloïde, le malade accuse une vive douleur au niveau de l'articulation. Cela n'existe pas dans la périarthrite. De plus, dans cette dernière affection on peut fléchir jusqu'à un certain point la cuisse sur le bassin ; mais pour bien constater cette flexion, il faut prendre certaines précautions. On recommandera bien au malade de laisser reposer son membre sur le plan du lit, et on essaiera de le soulever. En même temps avec l'autre main appliquée sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, on appliquera le bassin contre le lit et on l'y maintiendra fixé solidement. Si l'articulation coxo-fémorale est immobilisée, la cuisse formera avec le bassin un levier coudé rigide, il sera impossible de la fléchir. Si on essaie de l'étendre, le bassin suivra le mouvement. Si, au contraire, l'articulation est libre, la flexion et l'extension se feront, sans qu'on perçoive aucun mouvement se communiquer au bassin ; c'est ce qui a lieu dans la périarthrite.

La fluctuation permet encore dans certains cas de reconnaître la présence d'un épanchement de sérosité dans la bourse séreuse du grand fessier qui forme alors une tumeur ellipsoïde, allongée suivant le sens du membre, circonscrite par une dépression brusque, *en coup de hache*, suivant l'expression de Chassaignac.

La *sacrocoxalgie* plus rarement, mais parfois cependant, occasionne des douleurs et des troubles fonctionnels qui l'ont

fait confondre avec la coxotuberculose. C'est ainsi que le genou et la hanche présentent des symptômes douloureux analogues. L'attitude et la claudication peuvent être la même. Mais tandis que dans l'arthrite coxofémorale la douleur montre son maximum d'intensité en arrière du grand trochanter ou au niveau de l'artère crurale, c'est sur la symphyse sacro-iliaque ou sur les reliefs osseux périarticulaires, comme l'épine iliaque postéro-supérieure par exemple, que la pression détermine une exagération de la sensibilité. On peut encore provoquer de la douleur en prenant les os iliaques à pleines mains et en essayant de les rapprocher l'un de l'autre; ce qui n'existe pas dans la coxalgie. Il existe un certain degré de gonflement et d'empatement dans le voisinage de l'articulation sacro-iliaque malade. Le toucher rectal montre que le sacrum et non l'os iliaque est douloureux. Enfin l'anesthésie fait constater l'intégrité des surfaces coxofémorales.

La *psoitis* est citée dans tous les ouvrages classiques comme une affection pouvant être confondue avec la coxalgie. Elle est tellement rare que la plupart du temps il n'y a pas besoin d'y songer; mais comme elle présente une flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans; comme elle immobilise la hanche et rend cette région douloureuse, il faut savoir les signes qui la différencient de la coxotuberculose. C'est une douleur parfois très aiguë dans la région lombaire; c'est une incurvation du rachis en avant qui font que le malade marche courbé. Ce sont des troubles digestifs, nausées, vomissements, diarrhée qui existent dans l'inflammation du muscle *psaos* et qui manquent dans la coxalgie. On a dit aussi que dans la *psoitis* la distension de la vessie par l'urine paraissait augmenter les souffrances du malade.

2° La coxalgie est suppurée. — La recherche de la fluctuation fera facilement découvrir un abcès ou bien la présence de fistules montrera qu'il y a communication entre une poche purulente et l'extérieur.

Le point important est de savoir le lieu d'élection des abcès pour pouvoir s'assurer de leur présence. Ces abcès froids peuvent être cruraux, fessiers ou pelviens.

On recherchera les *abcès cruraux* en avant, dans la gaine des vaisseaux ou à côté d'elle, en dehors sous le fascia lata, en dedans vers le trou ovale au milieu des muscles adducteurs. Ces abcès sont en général partis de la face antérieure de l'articulation.

Les *abcès fessiers* partis de la face postérieure de l'articulation restent pendant un certain temps sous les muscles de cette région; mais bientôt ils en sortent pour descendre à la partie postérieure de la cuisse (abcès cruraux fessiers).

Les *abcès pelviens* prennent naissance sur la face postérieure du cotyle et peuvent rester cantonnés dans le petit bassin où la palpation permettra quelquefois de les reconnaître. Quand ils sortent du bassin, ils remontent au niveau des échancrures sciatiques ou dans la fosse iliaque pour descendre dans la partie antérieure de la cuisse.

Enfin il existe aussi des *abcès ganglionnaires* qu'on reconnaîtra aux caractères déjà indiqués des adénites tuberculeuses suppurées.

Les *fistules* siègent un peu partout, dans le pli de l'aîne, à la cuisse, à la fesse, sur la paroi abdominale et même au périnée. Le pus grumeleux et séreux qui s'en échappe ne laisse aucun doute sur leur nature et leur origine.

On a l'habitude en clinique d'explorer ces fistules au stylet; mais il faut savoir que, dans la grande majorité des cas, les trajets sont tellement sinueux qu'on est presque toujours arrêté, avant d'être arrivé au bout du trajet et il faut avoir soin de faire cette exploration avec toutes les précautions de propreté nécessaires, à cause du danger des infections secondaires.

Citons en terminant un signe donné par Barwell pour reconnaître les fistules d'origine pelvienne. Il recommande un effort abdominal au malade, comme celui de la miction par exemple; on voit le liquide s'échapper en flot de la fistule.

Au moment où les abcès se sont produits, il y a le plus souvent ce qu'on a appelé une *luxation pathologique* quoiqu'il faille savoir que le rapport n'est pas constant entre la suppuration et le déplacement de la tête fémorale.

La luxation pathologique ou spontanée se fait petit à petit et presque toujours dans le même sens du côté de la fosse iliaque, le membre étant en général à ce moment dans la deuxième attitude de la coxalgie, c'est-à-dire en flexion, adduction et rotation en dedans.

Il existe bien des luxations en dedans dans le trou obturateur, en haut et en dedans sur le pubis, directement en haut entre l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence iléopectinée, en bas dans l'échancrure sciatique, directement en bas sur l'ischion et même dans le bassin par perforation du cotyle; mais ce sont là des variétés très rares et nous ne les citons que pour mémoire.

On recherchera le déplacement de la tête fémorale au moyen de la ligne Nélaton-Roser (voir *Exploration clinique*), et si le grand trochanter fait une saillie plus ou moins considérable en arrière de la ligne que nous venons d'indiquer, c'est que la tête fémorale s'est déplacée et qu'elle est plus élevée que d'habitude. Cependant cette élévation de la tête fémorale tient souvent, comme on le sait, à un agrandissement du cotyle aux dépens de sa partie postéro-supérieure, et, pour affirmer l'existence d'une luxation véritable, il faut constater la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque.

D'ailleurs, pour que le signe indiqué par Nélaton soit utile, on doit tenir compte des rapports différents des saillies osseuses, chez les adultes et chez les enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de quatre ou cinq ans. Dolbeau a montré en effet que depuis la naissance jusqu'à six mois le grand trochanter, au lieu de se trouver sur la direction de la ligne qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ischion, est situé plus en avant; puis qu'à partir de cette époque, en se développant, il se rapproche de la ligne en question et que c'est seulement vers huit ou dix ans que cette ligne passe sur la partie la plus saillante du grand trochanter. D'où l'on peut conclure que chez l'adulte, pour qu'il y ait déplacement du fémur, il faut que le grand trochanter déborde en arrière la ligne ilio-ischiatique, tandis que chez un très jeune enfant le déplacement existe alors que le grand trochanter n'est encore qu'au niveau de cette même région.

La coxalgie suppurée peut être confondue avec d'autres affections suppurées de même nature venant se faire jour à la hanche ou y prenant naissance.

Les abcès ossifluents de la colonne vertébrale peuvent à un moment donné présenter un tableau clinique se rapprochant de celui de la coxalgie; mais ces abcès en même temps qu'ils occupent la cuisse se retrouvent facilement par la palpation dans la fosse iliaque. Leur apparition est précédée de douleurs rachidiennes qui attirent l'attention du côté du dos et permettent de reconnaître un point vertébral particulièrement douloureux ou une gibbosité; sans parler des autres symptômes que nous avons décrits plus haut (voir *Mal de Pott*).

Les ostéites tuberculeuses du grand trochanter donnent lieu à des lésions beaucoup plus limitées à la face externe du membre et, s'il existe une fistule, le stylet peut arriver directement sur une surface dénudée. Il en est de même pour les ostéites de l'ischion qui comme le grand trochanter est augmenté de volume quand il est atteint et enfin, dans ces deux variétés de lésions, l'examen permettra de reconnaître la liberté de l'articulation coxo-fémorale.

Nous pourrions énumérer les mêmes signes différentiels pour l'ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne, affection à laquelle il faudra toujours songer quand on trouvera une ou plusieurs fistules à la partie interne du membre.

Dans la catégorie des affections non tuberculeuses; l'ostéomyélite prolongée peut simuler une coxalgie suppurée; mais l'erreur sera vite dissipée, si on prend soin de bien interroger son malade qui retrace nettement la période aiguë de la lésion et si on examine attentivement la région qui fait reconnaître une hyperostose ou un séquestre du fémur situés dans sa partie non articulaire et quelquefois sur d'autres os, des cicatrices datant de la première attaque et ne laissant plus de doute sur la nature de l'infection qui a produit des accidents.

La trochantérite suppurée d'origine non tuberculeuse est bien limitée au trochanter; elle respecte l'articulation et ces seuls caractères joints à l'histoire de la maladie que

nous avons retracée plus haut suffisent pour faire le diagnostic.

La *suppuration de la bourse séreuse des fessiers* se reconnaît aux mêmes signes que ceux indiqués à propos de la périarthrite coxo-fémorale, avec les symptômes de la suppuration en plus, suppuration froide dans la plupart des cas, mais qui, par une infection secondaire, peut se réchauffer. Nous en dirons de même pour la bourse séreuse du psoas qui, dans des cas très rares, a été trouvée contenant du pus.

La *sacrocoxalgie suppurée* présente les symptômes assez nets que nous avons déjà exposés à propos de la sacrocoxalgie non suppurée et la présence d'abcès situés au voisinage de l'articulation sacro-iliaque ne vient que confirmer le diagnostic. C'est ainsi qu'on trouve les collections purulentes dans la région fessière et même le toucher rectal dans certains cas pourra montrer la présence d'abcès dans la cavité pelvienne.

Il est une forme d'arthrite qui ne suppure jamais, mais qui donne lieu à un déplacement de la tête, à une sorte de luxation spontanée qui pourrait la faire confondre avec la coxalgie; c'est l'*arthrite sèche de l'articulation de la hanche* ou *morbis coxæ senilis*. Cette arthrite déformante est facile à reconnaître. Elle ne se voit d'abord que chez le vieillard. Elle ne donne lieu qu'à des douleurs peu intenses, elle ne s'accompagne pas de gonflement. Elle est caractérisée par des craquements qui se passent dans l'article au moment où on remue le membre inférieur, enfin la déformation de la partie malade, coïncidant avec la conservation des mouvements, suffit avec les autres signes que nous venons d'indiquer pour assurer le diagnostic.

Autrefois on discutait sur la nature de la coxalgie; aujourd'hui il est reconnu que le cortège des symptômes que nous avons énumérés, s'adresse à la coxalgie tuberculeuse, à la coxo-tuberculose. Quand l'inflammation de l'articulation de la hanche est due à l'ostéomyélite ou à l'hystérie, les caractères de la maladie changent; nous avons indiqué le moyen de reconnaître ces différentes affections.

On n'ajoute plus, à l'heure qu'il est, une grande impor-

tance à savoir si la coxalgie affecte les parties molles ou les os; si elle est capsulaire ou si elle est osseuse. Les signes donnés autrefois sont très problématiques et il est admis que la forme à début osseux est de beaucoup la plus fréquente.