

insertion radiale ; derrière le muscle on sent comme une esquille très-irrégulière. Les muscles de l'avant-bras ne paraissent pas affectés. Du côté gauche, on constate les mêmes accidents ; mais, de plus, les muscles de l'avant-bras commencent à devenir rigides, et une sorte de longue épine osseuse s'étend du condyle externe aux deux tiers de la longueur de l'avant-bras.

En arrière, sur le côté gauche du cou et probablement dans l'épaisseur du trapèze, immédiatement après son origine occipitale, existe une production osseuse de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon. Plus bas, à l'angle formé par le scapulum et le rachis, on trouve une autre masse osseuse irrégulière.

A la région dorsale, vers la dixième ou la onzième vertèbre, à la naissance du trapèze, on peut encore imprimer des mouvements à une production osseuse, anguleuse, qui remonte sur les côtés du rachis, dans un espace d'un pouce et demi, et occupe en largeur l'étendue d'un pouce.

De plus, si l'on suit le bord inférieur de ce muscle jusqu'à son insertion scapulaire, on sent une dureté qui forme une sorte de saillie épineuse.

A droite, à deux pouces environ de l'angle inférieur de l'omoplate, existe une dernière petite masse osseuse, dure et irrégulière, du volume d'un œuf ; elle semble faire partie du bord inférieur du grand dorsal ; sa formation est la plus récente.

A la région lombaire, les deux côtés sont occupés par des plaques osseuses. Les fesses et les membres inférieurs ne présentent aucune altération, à l'exception toutefois d'un nodule de la grosseur d'une noix ordinaire, situé au-dessus du calcaneum droit, au point d'insertion du tendon d'Achille.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation jouit, du reste, d'une bonne santé ; il mange et dort bien ; toutes ses fonctions sont normales. L'urine analysée n'a présenté aucun changement ni dans sa quantité ni dans ses qualités.

M. Southam, de l'infirmerie de Manchester, qui vit le premier ce malade, lui fit subir un traitement à l'iodure de potassium.

Myosite ossifiante (Dr Huth) (1). — Enfant de vingt mois. Il se forma d'abord une petite grosseur dure au-dessous du menton. Graduellement les muscles du cou, du tronc et des extrémités devinrent raides et ossifiés et actuellement le petit malade, âgé de quatre ans et demi, est dans l'état suivant : Il y a une petite exostose sur le pariétal gauche. Les masséters sont durs par places ; dans les muscles du cou quelques faisceaux sont ossifiés et offrent la forme de cordes ou de chapelets. Les muscles du thorax forment une sorte de cuirasse osseuse. Sur le dos il y a cinq ou six exostoses de la grosseur d'une noix. Les muscles des lombes sont durs des deux côtés. Sur les muscles de l'abdomen une bande osseuse large comme le doigt s'étend à droite depuis le rebord des côtes jusqu'au pubis, tandis qu'à gauche il n'existe que plusieurs noyaux indurés. Les deux articulations scapulo-humérales sont tout à fait ankylosées et les bras restent appliqués le long du tronc, mais les avant-bras sont mobiles et indemnes. Les muscles de la hanche gauche et de la cuisse sont durs et roides, mais ceux de la hanche droite et de la jambe du même côté n'ont rien. La cuisse gauche est fixée à angle droit avec le tronc et la jambe gauche à angle droit avec la cuisse, bien que l'on puisse encore déterminer dans l'articulation du genou un léger mouvement passif. L'enfant est maintenu solidement sur un fauteuil bas et au moyen de sa jambe droite il peut se mouvoir d'un point à l'autre de la chambre. Il se sert d'une longue fourchette et peut ainsi prendre lui-même des aliments solides, mais pour boire il a besoin de l'aide de quelqu'un.

On n'a trouvé pour cette affection aucune étiologie satisfaisante et de même aucun traitement n'a donné de résultat.

Ces ossifications sont probablement la conséquence de gommages syphilitiques dans lesquelles se sont formés des éléments de tissu osseux.

(1) Huth, *Allg. med. Central-Zeitung*.

LIVRE XXVI

MALADIES DES ARTICULATIONS

CHAPITRE PREMIER

VICES DE CONFORMATION ARTICULAIRE

Les articulations du squelette présentent un grand nombre de difformités congénitales qu'on désigne sous le nom de *vices de conformation articulaire*. On doit les diviser en quatre groupes :

- 1° Vices de conformation par ankylose ;
- 2° Vices de conformation par diastase ;
- 3° Vices de conformation par absence d'une portion ou de la totalité d'un os ;
- 4° Vices de conformation avec déviations ou luxations.

Les trois premiers groupes renferment des anomalies contre lesquelles la chirurgie est impuissante et qu'il est inutile d'étudier ici ; je m'occuperai seulement des vices de conformation avec déviations ou luxations.

ARTICLE PREMIER

VICES DE CONFORMATION ARTICULAIRE AVEC DÉVIATION OU LUXATION ÉTUDIÉS EN GÉNÉRAL

Avant d'examiner les caractères propres à ces vices de conformation dans les diverses articulations du squelette, j'indiquerai rapidement l'étiologie et la physiologie pathologique des anomalies congénitales articulaires.

Causes. — Beaucoup de théories ont été imaginées pour expliquer les difformités articulaires. Si quelques-unes de ces théories sont spécieuses, le plus grand nombre repose sur des faits sanctionnés par l'expérience ; toutefois aucune d'elles n'est applicable à tous les cas si variés que l'observation nous révèle. Je vais énumérer les causes dont l'action a été si bien constatée, et j'assignerai ensuite à chacune de ces causes l'importance qu'il est permis de leur reconnaître dans l'état actuel de la science.

L'hérédité doit figurer en première ligne dans ces considérations étiologiques sur les difformités articulaires ; elle s'exerce d'une génération à celle qui la suit immédiatement, et, dans des cas rares, à la seconde. L'existence des vices de conformation héréditaire trouve son explication dans l'organisation primordiale vicieuse des germes. *Un trouble survenu dans le travail de formation* peut déterminer quelques vices de conformation congénitaux des articulations : l'embryologie apprend que, dans l'état embryonnaire du squelette, le nombre et la position des points osseux primitifs sont déterminés bien avant l'époque de la formation osseuse : si l'un des points fait défaut, la portion d'os qui doit plus tard lui correspondre manquera ; si l'un de ces points demeure rudimentaire, il y aura arrêt de développement.

Les *maladies fœtales* semblent jouer un grand rôle dans les vices de conformation articulaire. On ne peut pas douter de l'influence des affections articulaires se déclarant pendant la vie fœtale sur les difformités congénitales des articulations : il n'y a rien effectivement d'étonnant à concevoir que le gonflement du tissu adipeux cotyloïdien des tumeurs blanches, des hyarthroses, se produisant dans le cours de la vie fœtale, amène des luxations congénitales des articulations correspondantes. D'autres maladies fœtales ont été invoquées pour exprimer les difformités articu-

lares; ce sont : les maladies du squelette, le raccourcissement des ligaments ou des aponévroses, la rétraction des muscles, les pressions opérées sur le corps du fœtus, les attitudes vicieuses de celui-ci.

Les *maladies du squelette* s'observent sur le tronc et sur les extrémités supérieures et inférieures, et peuvent engendrer des déviations diverses après l'expiration de la vie intra-utérine.

Les *aponévroses*, par leur brièveté primitive ou consécutive, peuvent déterminer la conformation vicieuse de certaines parties du fœtus; nous en dirons autant de la brièveté primitive ou consécutive des *ligaments*, qui peut produire des déviations congénitales articulaires.

Les *muscles* sont souvent raccourcis près des articulations mal conformées; en outre, les muscles dont la longueur est moindre sont surtout ceux dont les extrémités sont rapprochées par suite du changement de place des leviers qu'ils doivent mouvoir : ce fait d'observation anatomique, après avoir suscité diverses théories, nous semble avoir reçu une excellente explication de J. Guérin. Ce médecin pense que la cause principale des vices de conformation congénitaux des articulations, c'est la rétraction convulsive des muscles, se montrant chez le fœtus sous l'influence d'une lésion du système nerveux. D'après Guérin, la rétraction peut affecter un ou plusieurs muscles, elle peut siéger sur les muscles de toute une région, par suite elle peut arrêter un mouvement ou une série de mouvements. Là où il y a rétraction, les insertions musculaires sont rapprochées, les leviers mus par les muscles sont déplacés : ainsi se produisent les déviations, les pressions des os contre les os, ou contre leurs ligaments, les luxations et subluxations à tous les degrés. Une fois produite, la rétraction musculaire persiste : au premier degré (*contracture* de J. Guérin), le muscle est rouge, ferme, aussi volumineux; mais, à la longue, la maladie progresse; un deuxième degré (*rétraction*, J. Guérin) se montre caractérisé par l'atrophie et la transformation des fibres musculaires en tissu fibreux, cellulaire et graisseux.

Enfin je signalerai comme cause de conformation vicieuse des articulations les *pressions opérées sur le corps du fœtus et les attitudes vicieuses de celui-ci* : cette cause, à laquelle Cruveilhier (1) et Ferd. Martin ont accordé une importance trop grande, doit cependant, dans quelques cas, jouer un rôle important dans la production des anomalies articulaires.

En résumé, si les vices congénitaux de conformation articulaire peuvent être produits par diverses causes, et s'ils surviennent quelquefois sans qu'on arrive à en découvrir la raison, nous n'hésitons pas à avancer que, dans l'immense majorité des cas, c'est à une lésion du système nerveux, suivie de rétraction musculaire, qu'il faut en rapporter l'origine.

Physiologie pathologique. — Les difformités congénitales des articulations apportent de remarquables modifications dans les fonctions de locomotion. Les articulations perdent leur mobilité normale; mais, dans la plupart des cas, leurs fonctions s'accomplissent d'une façon plus ou moins complète. Si l'on examine une articulation frappée de difformité, à côté des muscles paralysés, on voit des muscles qui ont acquis un développement considérable et qui parfois suppléent à ceux qui n'existent pas; autour d'une articulation immobile, on voit les articulations les plus rapprochées acquérir des mouvements plus variés, et l'on peut aisément constater que l'habitude de mouvements insolites donne aux infirmes une grande adresse pour faire usage de membres vicieux.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. I, 2^e livraison.

ARTICLE II

VICES DE CONFORMATION ARTICULAIRE AVEC DÉVIATION OU LUXATION ÉTUDIÉS
DANS LES DIVERSES ARTICULATIONS

On trouve surtout ces difformités à la main et aux pieds, dans les articulations tibio-tarsienne et radio-carpienne. Elles sont beaucoup plus fréquentes au pied, et c'est là que je vais d'abord les étudier. C'est ce qui forme les *pieds bots*.

§ I. — Vices congénitaux des articulations tibio-tarsiennes
et des os du pied (pieds bots).

Désignées sous le nom générique de *pied bot*, les déviations du pied sont appelées; 1^o pied équin, 2^o talus, 3^o varus, 4^o valgus.

A. Bonnet (de Lyon) (1) a proposé de réduire à deux classes les variétés du pied bot : *pied bot poplité interne*, *pied bot poplité externe*, selon que ces déviations sont dues à la rétraction des muscles animés par les filets du nerf sciatique poplité interne ou par les filets du nerf sciatique poplité externe. Cette classification, tout avantageuse qu'elle puisse paraître, n'étant pas généralement admise, nous conserverons la division classique que nous venons de faire connaître tout à l'heure.

Anatomie pathologique. — 1^o *Pied équin.* — Le pied est dans l'extension forcée, il ne touche le sol que par les orteils ou l'extrémité antérieure des métatarsiens. Le principal mouvement a lieu dans l'articulation tibio-tarsienne. La poulie astragaliennne est presque sous-cutanée; sa partie postérieure touche seule les surfaces articulaires du péroné et du tibia. L'extrémité postérieure du calcaneum se relève.

Si le pied existe à son degré le plus prononcé, le pied est fléchi au niveau de l'interligne qui sépare les deux rangées du tarse.

La forme des os est à peine modifiée.

Les muscles gastrocnémiens subissent quelquefois l'atrophie avec transformation celluleuse et graisseuse; ils sont raccourcis.

2^o *Talus.* — Le pied est dans la flexion forcée, il ne touche le sol que par le talon. Le principal mouvement se passe dans l'articulation tibio-tarsienne. L'astragale est incomplètement luxé en arrière. Comme dans le pied équin, les os sont à peine déformés; les gastrocnémiens sont allongés et sujets à la transformation celluleuse et graisseuse.

3^o *Varus.* — Le déplacement a lieu dans les articulations médio-tarsiennes; il est caractérisé par la déviation du pied en dedans, celui-ci appuie sur le sol par son bord externe. Le scaphoïde se porte en dedans, puis en arrière; son extrémité interne s'articule avec le calcaneum, quelquefois avec la malléole interne, le cuboïde est entraîné en arrière et en dedans. L'astragale et le calcaneum sont déviés de façon que la face inférieure du premier devient interne, et la face externe du second inférieure.

Les os s'atrophient en quelques points, augmentent de volume en d'autres. Soumis, comme dans les autres variétés, à l'atrophie et à la transformation celluleuse et graisseuse, les gastrocnémiens sont tendus, les péroniers sont allongés, le jambier antérieur est raccourci.

4^o *Valgus.* — Le déplacement siège dans les articulations médio-tarsiennes; il est caractérisé par la déviation du pied en dehors, le bord interne du pied offre seul

(1) Bonnet, *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, p. 491.

un point d'appui. Cette variété offre des déplacements des os inverses de ceux du varus, et des dispositions des muscles inverses de celles du varus. Les os peuvent aussi s'atrophier et s'hypertrophier.

Les diverses déviations dont nous venons de donner la description peuvent se combiner entre elles, et produire l'équin varus, le varus équin, le talus valgus, etc.

Symptômes. — 1° *Pied équin.* — Le pied est dans l'extension. Le talon est

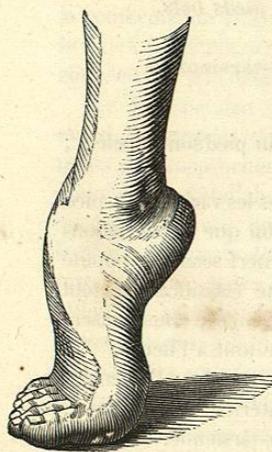


FIG. 154. — Pied équin simple.

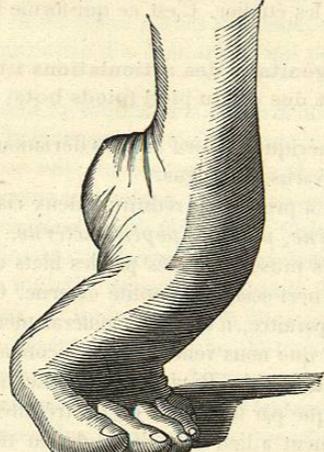


FIG. 155. — Pied équin avec flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

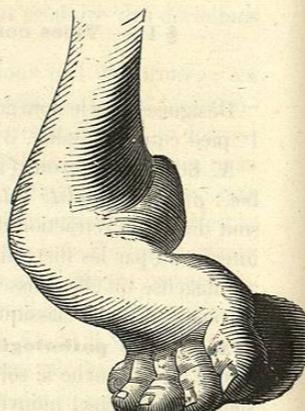


FIG. 156. — Pied varus équin.

raccourci, élevé. Le face plantaire du pied est très-concave et tournée en arrière, la face dorsale bombée regarde en avant; l'extrémité antérieure touche le sol. Les orteils sont dirigés en avant, leur face dorsale est tournée en haut dans certains cas; dans d'autres, elle repose sur le sol. Les orteils et les métatarsiens écartés élargissent la partie antérieure du pied. La tête de l'astragale est saillante sur le dos du pied; il en est de même de l'extrémité antérieure du calcaneum. Les muscles postérieurs de la jambe sont tendus. La marche est gênée (fig. 154 et 155).

2° *Talus.* — Peu déformé, le pied est dans la flexion. La face dorsale du pied regarde en arrière, la face plantaire en avant, les orteils en haut, le talon en bas. La partie postérieure de la poulie astragaliennne est sentie en arrière de l'articulation tibio-tarsienne. Les muscles antérieurs de la jambe sont tendus et raccourcis. La progression est pénible.

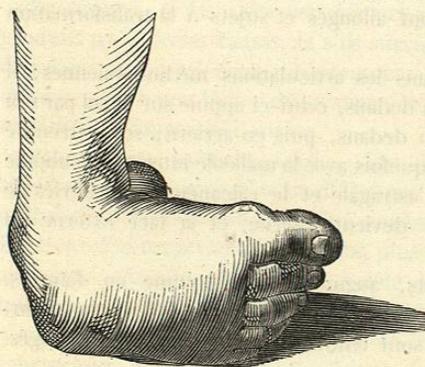


FIG. 157. — Pied varus équin avec augmentation de la courbure transversale du pied.

3° *Varus* (fig. 157). — Le pied dévié en dedans est très-déformé. L'axe du pied forme avec celui de la jambe un angle droit dirigé en dedans. La face dorsale du pied regarde en dedans; concave; la face inférieure est dirigée en arrière. Les orteils regardent en dedans, le talon un peu élevé a sa direction normale. Le bord interne du pied est dirigé en haut, le bord externe appuie sur le sol. Sur la face

dorsale du pied, le toucher fait reconnaître la poulie et la tête de l'astragale; sur le bord externe on sent la malléole du péroné et l'extrémité cuboïdienne du calcaneum qui sont très-saillantes. Les péroniers sont allongés, tandis que les muscles jambiers, les gastrocnémiens, les muscles et l'aponévrose plantaires sont rétractés.

Cette variété du pied bot, peu développée au début de la vie, augmente souvent d'intensité lorsque le nouveau-né commence à marcher.

4° *Valgus.* — La plus rare de toutes les variétés du pied bot. Le pied est dévié en dehors: l'axe du pied forme avec celui de la jambe un angle ouvert en dehors; la face dorsale est dirigée en avant, la face plantaire, moins concave, en arrière, le bord externe en haut, le bord interne convexe repose sur le sol. Les jambiers sont allongés et les péroniers rétractés.

Diagnostic. — Le pied bot ne peut être confondu avec aucune autre lésion; le chirurgien appelé près d'un enfant atteint de cette infirmité devra diagnostiquer la variété d'anomalie qui lui sera présentée et décider s'il faut agir sur-le-champ, ce qui n'est pas mon avis, ou attendre deux ou trois ans avant d'opérer.

Pronostic. — Le pied bot n'altère en rien la santé des enfants qui en sont atteints; il gêne plus ou moins la marche et est au-dessus des ressources de l'art chez l'adulte. Il peut souvent être guéri chez l'enfant avec de simples machines ou avec le concours des machines et de la ténotomie.

Traitement. — Le traitement à opposer au pied bot est curatif ou palliatif.

A. *Traitement curatif.* — Le but de ce traitement est de restituer à l'articulation mal conformée sa forme et ses fonctions en lui rendant ses rapports normaux: ce but peut être atteint à l'aide de moyens mécaniques d'une part, et, de l'autre, à l'aide de la section des tendons et des muscles.

Les *moyens mécaniques* sont les appareils mobiles, tels que le sabot de Venel (fig. 158) et la gouttière de Bonnet (fig. 159 et 160); les attelles, coussins, bandages, etc.; les appareils inamovibles, tels que l'appareil de Charrière (fig. 161); le plâtre coulé, les bandes dextrinées, etc. Ils doivent être appliqués régulièrement, d'une manière continue et graduelle. Pour en obtenir de bons résultats, le chirurgien doit en continuer l'usage, d'après le précepte d'Andry, jusqu'à l'exagération de la situation normale des os déplacés.

Les *moyens mécaniques* ont pour résultat d'allonger les tissus fibreux et musculaires, de modifier la forme des os; ils agissent d'autant mieux que le sujet est plus jeune, que le vice congénital est moins prononcé; mais ils peuvent produire des douleurs vives, des érysipèles, la gangrène, de la fièvre et des convulsions.

La *section des tendons et des muscles, des ligaments et des aponévroses rétractés*, est un moyen plus avantageux pour arriver au résultat qu'on se propose.

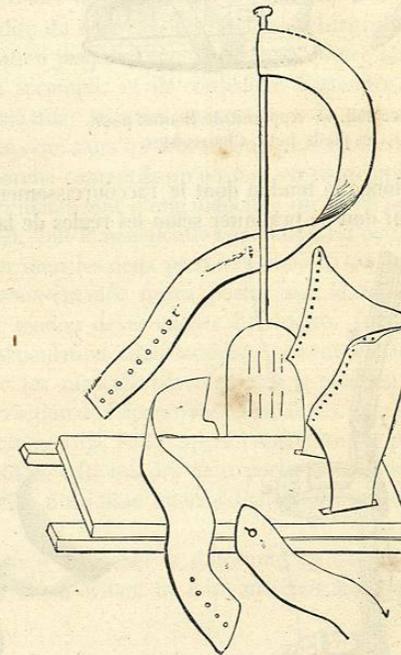


FIG. 158. — Sabot de Venel.

Elle permet aux tissus fibreux et musculaires de reprendre leur étendue normale, car, dans l'écartement produit par la section tendineuse, il se fait une cicatrice qui

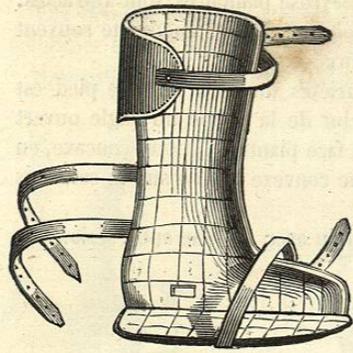


FIG. 159. — Appareil de Bonnet pour les pieds bots. Chaussettes.

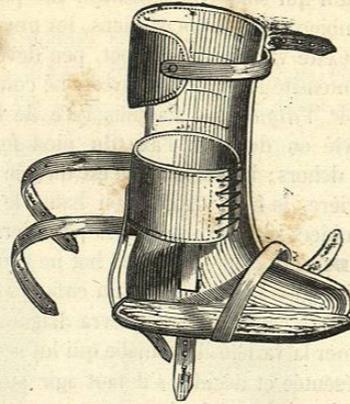


FIG. 160. — Appareil de Bonnet pour les pieds bots. Gouttière de tôle matelassée.

allonge le tendon dont le raccourcissement produit la difformité. Cette opération, qui doit se pratiquer selon les règles de la méthode sous-cutanée introduite dans la

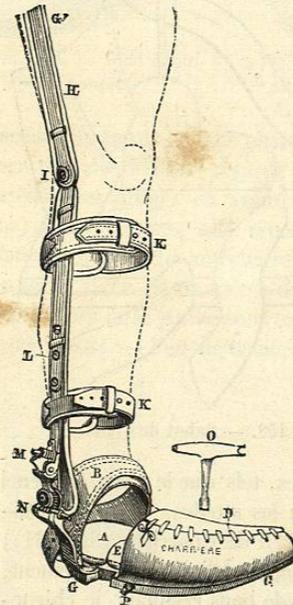


FIG. 161. — Appareil à pied bot varus équin de Charrière (*).

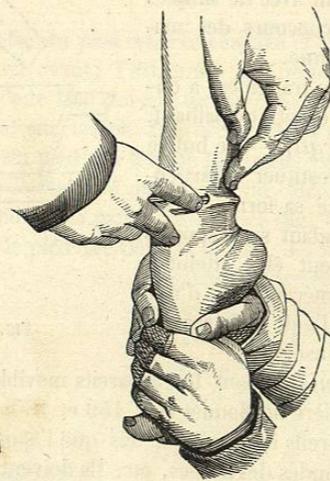


FIG. 162. — Opération de la ténotomie.



FIG. 163. — Ténotome.

chirurgie par J. Guérin, est applicable au moment de la naissance et dans les premières années de la vie; elle constitue une opération le plus souvent bénigne.

(*) A, partie postérieure de la semelle de bois; B, courroie pour fixer le talon sur la semelle; C, partie antérieure de la semelle mobile pour porter le pied dans l'abduction ou l'adduction; D, guêtre pour fixer l'avant-pied; E, articulation de la semelle; G, étrier fixé à la partie inférieure de la jambe; G', attelle de la cuisse; H, coussin; I, articulation du genou; KK, embrasses du mollet et de la partie inférieure de la jambe; L, rallonge à vis pour l'attelle de la jambe; M, engrenage pour porter le pied du varus en valgus; N, engrenage pour combattre l'équinisme; O, clef pour les vis de rappel; P, vis pour faire fonctionner la semelle.

Dans les cas où la déformation du pied sera légère, le chirurgien devra employer les moyens mécaniques. Si la déformation est considérable, il recourra hardiment à la ténotomie.

Un pli doit être fait à la peau sur le point où l'on veut introduire le ténotome, de façon qu'il n'y ait pas de parallélisme entre l'ouverture superficielle et l'ouverture profonde. On fait une fine piqûre à la peau, juste ce qu'il faut pour introduire le ténotome; alors ce dernier instrument, étant passé sous la peau, sert à couper au-dessous d'elle les tendons ou les aponévroses qui amènent le pied bot par leur rétraction. On coupe de dehors en dedans, comme sur la figure 164, puis on retire l'instrument en appuyant au dehors le doigt sur son trajet, afin d'empêcher l'entrée de l'air. Au bout d'un instant on essuie l'orifice de la petite plaie que l'on recouvre avec un morceau de taffetas gommé et l'on place le membre dans un appareil convenable dont le mécanisme est destiné à redresser la déformation articulaire.

En raison de la faiblesse et de l'irritabilité du nouveau-né, quelques chirurgiens ont formulé le précepte d'ajourner l'opération jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, époque où le travail de la dentition est accompli, et ils conseillent d'attendre ce moment en faisant usage des moyens palliatifs. D'autres opèrent dans le premier mois de la naissance, et s'en trouvent bien, car alors on a beaucoup plus de facilité pour appliquer et laisser en place les appareils contentifs qu'on met en usage après l'opération. Vers trois ou quatre ans, les enfants sont d'une indocilité qu'on ne peut toujours vaincre, et si l'on quitte l'appareil, tout le bénéfice de l'opération est perdu. Pour mon compte, je suis d'avis d'opérer dans les deux premiers mois de la vie.

Dans le pied bot équin, la section sous-cutanée devra porter sur le tendon d'Achille (fig. 162); dans le varus, ce tendon devra encore être incisé. Dans le talus, les tendons qui passent dans l'articulation tibio-tarsienne seront incisés; dans le valgus, l'incision sera faite sur les muscles péroniers. Si le pied est en quelque sorte enroulé par suite de la rétraction de l'aponévrose plantaire, c'est cette aponévrose qui sera attaquée par le ténotome (fig. 163). Après l'opération, le pied et la jambe sont maintenus dans une position telle que les deux portions du tendon ne puissent se réunir que par l'interposition d'un tissu intermédiaire qui augmente sa longueur.

B. *Traitement palliatif.* — Il consiste à empêcher la difformité de s'accroître en maintenant le pied avec des bottines et en évitant de faire marcher les jeunes enfants.

§ II. — Vices de conformation congénitaux des articulations de la main (main bot).

Bien plus rares que les déviations du pied, les vices congénitaux de la main peuvent être ainsi divisés :

1° Main bot équin; 2° main bot talus; 3° main bot varus; 4° main bot valgus.

Ces déviations congénitales sont ainsi caractérisées : la main bot équin, par le déplacement du carpe en arrière, c'est-à-dire par la flexion extrême; la main bot talus, par le déplacement du carpe en avant qui produit l'extension forcée. Les mains bots varus et valgus se reconnaissent à l'inclinaison de la main en sens inverse du déplacement.

Traitement. — Le chirurgien devra suivre les mêmes principes que pour la guérison du pied bot : la section des tendons et aponévroses rétractés sera pratiquée lorsque l'enfant aura acquis toutes ses dents; le traitement palliatif sera employé jusqu'à l'époque où sera employée la ténotomie.

§ III. — Vices de conformation congénitaux des articulations
autres que la main et le pied.

Ces difformités sont rares et les observations qui nous les font connaître, pour la plupart, sont tellement incomplètes, qu'il est difficile d'en tirer parti pour la pratique. Leur traitement repose sur les mêmes principes que ceux que l'on suit pour la guérison des pieds bots, c'est-à-dire sectionner l'obstacle et redresser le membre au moyen des machines.

CHAPITRE II

COXALGIE

La coxalgie est une affection de nature inflammatoire modifiée par l'état diathésique des sujets. Elle est plus fréquente dans la seconde enfance que chez les nouveau-nés. Ses lésions ont pour siège l'articulation coxo-fémorale; les troubles anatomiques et physiologiques que ces lésions suscitent peuvent se restreindre, soit aux parties molles (tissu cellulaire, ligament, synoviale), soit aux extrémités osseuses (cavité cotyloïde, tête fémorale), de même qu'ils peuvent s'étendre à la totalité des parties qui composent l'articulation.

ARTICLE PREMIER

COXALGIE DANS LA SECONDE ENFANCE

Causes. — Les causes de la coxalgie sont la scrofule et le rhumatisme, les chutes, violences extérieures, distorsions des ligaments, dont l'action est favorisée par la prédisposition de l'organisme (1).

En dehors des causes purement accidentelles, les *diathèses* les plus propres à faciliter dans l'articulation coxale l'invasion de l'hyperémie sont : le rhumatisme simple ou scarlatineux, le lymphatisme, la scrofule et la syphilis.

En dernier lieu, il reste à indiquer quelques circonstances très-distinctes entre elles, ayant, par leur tendance à engendrer l'hyperhémie, une action plus ou moins directe sur le développement de l'affection articulaire. Les influences étiologiques de cet ordre les plus puissantes sont les *fièvres éruptives graves*, la *scarlatine particulièrement*.

La coxalgie succédant à la scarlatine et débutant pendant la convalescence de cette dernière maladie est un fait plus fréquent qu'on ne saurait croire, et qui se rattache à la prédisposition que cette fièvre éruptive fait naître pour le rhumatisme (2).

L'explication en est dans la tendance aux hydrophisies (hydro-pneumonie, hydro-céphalie aiguë, etc.) qui couronnent l'évolution de la fièvre scarlatine, et dans la localisation de cette disposition générale de l'économie à une des jointures les plus étendues et les plus activement mises en jeu de l'organisme.

Développement. — Les débuts de la coxalgie sont insidieux. C'est par la douleur ou par la *claudication* qu'elle prélude, et si ces deux symptômes sont parfois simultanés, souvent il leur arrive de ne se manifester que successivement.

La douleur peut être erratique ou fixe. Erratique, elle en impose par sa fugacité pour celle d'une simple névralgie sciatique. Fixe, elle se localise, soit à la hanche,

(1) Ferd. Martin et Alf. Collineau, *De la coxalgie, de sa nature et de son traitement*. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Paris, 1865, p. 362 et suiv.

(2) Voyez SCARLATINE.

ce qui est rare, soit hors du siège de la lésion, au genou même; c'est le cas le plus fréquent.

Constater de la douleur dans la jointure immédiatement inférieure à celle qui est enflammée, voilà un phénomène commun à toutes les arthrites, et dont les auteurs ont jusqu'ici vainement cherché une explication complète.

Par son acuité, par sa permanence, par l'indolence simultanée de la région coxale, la douleur dont le genou est le siège au début de la coxalgie revêt un caractère des plus insidieux; par les erreurs de diagnostic auxquelles elle expose (1), l'existence de ce symptôme et son caractère insidieux ne sauraient trop explicitement être signalés.

Richet pense que la douleur du genou est due à la propagation de l'état phlegmasique d'une extrémité articulaire à l'autre par la canal médullaire. Loin de la rattacher à une lésion osseuse qui n'a rien de constant, Cruveilhier a émis l'hypothèse qu'elle suivait le trajet du nerf obturateur. Pour être plausible, dans certaines circonstances pathologiques déterminées, ces interprétations sont, ainsi que beaucoup d'autres fournies sur ce point par les auteurs, ou dépourvues de démonstration, ou insuffisantes dans la majorité des cas.

Gerdy, Bérard, Nélaton, renoncent à rechercher la raison de ce fait, mais pour se tenir en garde contre ses fallacieuses apparences ils désignent sous le nom de *sympathique* la douleur du genou.

Avec une égale réserve, Martin et Collineau insistent sur la juste valeur à laquelle il convient de ramener cet épiphénomène, et appellent l'attention sur une autre localisation de la douleur qu'il est, à leurs yeux, beaucoup plus important de reconnaître.

Cette seconde manifestation de la douleur a pour siège l'articulation coxo-fémorale même.

Peu marquée, dépourvue de continuité, incapable encore d'entraver la locomotion, celle-ci se dissimulerait à l'observateur, si l'intérêt de sa constatation n'était de nature à en provoquer une recherche active. Les pressions exercées sur le grand trochanter, les mouvements de rotation surtout, imprimés à la cuisse, sont de nature à la réveiller.

La *claudication* peut, dans l'ordre d'apparition des phénomènes, précéder, suivre ou accompagner la douleur. Dans ces deux derniers cas, ses caractères sont en général assez tranchés pour éveiller tout de suite l'attention. Mais dans le premier, c'est autre chose. Dans les circonstances où la claudication constitue le symptôme absolument initial de la maladie, on voit, alors qu'aucune atteinte morbide ne paraît compromettre l'intégrité des fonctions du membre, et sans en avoir conscience, le sujet affecter la position suivante :

Dans la station verticale, il laisse volontiers sur un plan plus antérieur la jambe que menacent les accidents. Le genou fait un léger relief; l'extension de la jambe reste incomplète et la pointe du pied, qui repose seule sur le sol, est en général déviée en dehors.

Dans la marche, le visage ne trahit ni souffrance, ni fatigue, mais le membre du côté malade a perdu une partie de son agilité; l'extension de la cuisse par rapport au bassin, et de la jambe par rapport à la cuisse, reste incomplète. La pointe du pied, conservant la déviation externe, rase le sol à chaque pas.

(1) Ferd. Martin et Alf. Collineau, *loc. cit.*, p. 504, obs. XXXI. Chute et immersion pendant un débarquement : douleur au genou, claudication. Au bout d'un an, diagnostic : arthrite du genou. — Traitement : quatre cautères, douze vésicatoires autour de l'articulation supposée malade. Quatre ans plus tard, consultation de M. le docteur Michon. Diagnostic : coxalgie. — Traitement approprié. Guérison.