

encore défendue par Parise, d'après laquelle un épanchement articulaire chassant devant lui la tête fémorale serait la cause de la production des luxations, ne saurait plus être admise; il suffit, pour la réfuter, de faire remarquer que beaucoup de coxalgies se développent sans épanchement intra-articulaire, même dans les cas où se produisent des luxations.

M. Lannelongue pense cependant qu'il ne faut pas rejeter d'une manière absolue la théorie d'après laquelle la tête fémorale peut être expulsée mécaniquement en dehors de sa cavité de réception. Il cite un cas de Cruveilhier dans lequel le fond du cotyle était comblé par les fongosités et par les produits osseux de nouvelle formation, qui avaient chassé la tête de sa place normale. Lui-même a observé un fait analogue, dans lequel la tête du fémur était placée au-dessous de la cavité cotyloïde, dont les bords étaient restés intacts, et dont le fond était comblé par les fongosités.

A côté de ces déplacements qui se produisent lentement, graduellement, il faut citer les cas dans lesquels la luxation résulte d'un effort violent, d'un coup, d'une chute, et reconnaît un mécanisme analogue à celui des luxations traumatiques. Même après guérison de la coxalgie, semblables déplacements sont possibles. M. Lannelongue en rapporte un exemple qui a trait à « un jeune homme de vingt-huit ans, qui avait eu, dans son enfance, une coxo-tuberculose dont il était guéri par ankylose fibreuse, avec des mouvements incomplets de la jointure. Dans une chute maladroite et violente en même temps, il entendit un bruit de craquement assez fort, et il ne put continuer à marcher. Appelé le jour même, je constatai avec surprise une luxation iliaque, dans laquelle la saillie de la tête fémorale était d'autant mieux reconnaissable que les fessiers étaient très atrophiés » (1).

Arrêt de développement du membre; déformations du bassin. — La coxalgie, lorsqu'elle se montre chez les jeunes sujets, a pour conséquence un arrêt de développement qui résulte en partie de l'inaction à laquelle le membre a été soumis, mais qui est surtout la conséquence des troubles de nutrition survenus du côté des extrémités épiphysaires. Ce n'est pas seulement le fémur qui présente un raccourcissement, mais les os de la jambe eux-mêmes, et le pied qui souvent est atrophié dans tous ses diamètres. Cet arrêt de développement est d'autant plus marqué que la coxalgie débute à un âge plus tendre, et il s'accroît au fur et à mesure que le squelette achève son ossification (voy. fig. 59).

Il peut également se produire des déformations portant sur le bassin, et dont l'étude a une très grande importance au point de vue de l'accouchement. Rokitsky a décrit, sous le nom de bassin coxalgique, les déformations de cet organe consécutives aux affections de la hanche en général, coxalgie, luxations traumatiques ou congénitales. En 1855, Litzmann étudia spécialement le bassin oblique ovalaire produit par la coxalgie unilatérale (2). Dans la discussion de 1865, à la Société de chirurgie, sur la coxalgie, Depaul et Blot ont rapporté des exemples de déformations pelviennes, consécutives à des luxations pathologiques, et ayant nécessité des opérations obstétricales. Dans la forme la plus habituelle, on a affaire à un bassin oblique ovalaire, tel qu'il a été décrit par Nægele; le côté correspondant à la coxalgie est le plus large; l'os coxal du côté de la hanche malade est atrophié, son aile est un peu redressée. Mais, comme

(1) LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*, p. 44.

(2) LITZMANN, *Du bassin oblique ovalaire produit par la coxalgie unilatérale*. Kiel, 1855.

l'a fait remarquer Krassowsky (1), on peut trouver la forme inverse, celle dans laquelle le rétrécissement siège du côté correspondant à la hanche ankylosée. Le degré du raccourcissement, l'existence ou l'absence de luxation pathologique, l'attitude du membre, sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur le sens de la déformation.

M. Lannelongue signale encore comme causes pouvant déformer la cavité pelvienne, l'apport de nouvelles couches osseuses qui augmentent l'épaisseur de l'os iliaque, modifient sa forme, et même, lorsqu'elles siègent au niveau de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, déterminent un rétrécissement de la cavité pelvienne elle-même.

Symptômes. — Ce qui rend difficile l'étude clinique de la coxalgie, c'est la situation profonde de l'articulation. Il est impossible en effet d'examiner directement la jointure, pour reconnaître la présence dans son intérieur de sérosité, de masses fongueuses, pour juger les déformations osseuses. Nous ne pouvons nous rendre compte de l'état de l'articulation que d'après les symptômes

fonctionnels. Les symptômes principaux sont : la douleur, la claudication, l'attitude spéciale du membre, auxquels se joignent plus tard les abcès et les luxations spontanées.

Le début de la maladie est le plus souvent lent et insidieux. Les symptômes sont fort peu accusés, et il faut, de la part du chirurgien, beaucoup d'attention pour les reconnaître et leur donner leur véritable signification.

Il s'en faut de beaucoup que la douleur soit toujours le premier symptôme appréciable. Chez beaucoup de malades, c'est la claudication qui attire tout

(1) KRASSOWSKY, *Traité d'opérations obstétricales*. Saint-Petersbourg, 1885, p. 145 et suiv.

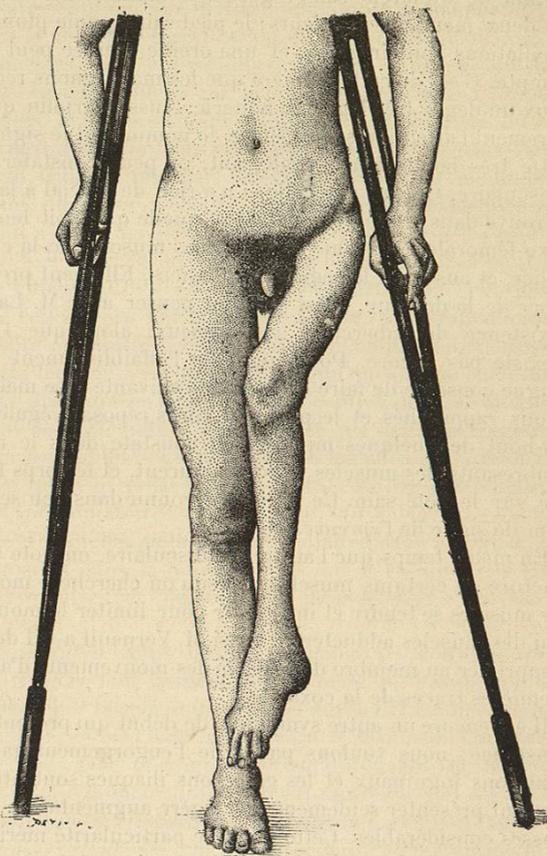


FIG. 59. — Arrêt de développement énorme du membre inférieur gauche consécutif à une coxalgie survenue dans la première enfance. (KIRMISSON.)

d'abord l'attention; ce signe lui-même peut être assez léger au début, pour être difficile à percevoir. De là, l'utilité de suivre, non seulement de l'œil, les oscillations du corps pendant la marche, mais de chercher à se rendre compte du rythme de la marche sans regarder le malade. Celui-ci appuie inégalement sur les deux membres inférieurs; le pied sain appuie plus fortement sur le sol, les oscillations sont inégales, et une oreille exercée peut parfaitement s'en rendre compte. C'est de cette manière que les maquignons reconnaissent chez les chevaux un degré très léger de boiterie. Aussi Marjolin qui appelait tout particulièrement l'attention sur ce signe, le nommait-il le signe du maquignon.

De très bonne heure également, on peut constater l'existence de l'atrophie musculaire. On sait que celle-ci n'a rien de spécial à la coxalgie, mais qu'elle se retrouve dans toutes les arthrites, quelle que soit leur nature. Dans l'arthrite coxo-fémorale, l'atrophie porte sur les muscles de la cuisse, le triceps en particulier, et aussi sur la région des fessiers. Elle peut précéder de beaucoup l'existence de la douleur; aussi peut-on penser avec M. Lannelongue qu'elle révèle l'existence de tubercules intra-osseux, alors que l'inflammation articulaire n'existe pas encore. Pour juger de l'affaiblissement des muscles, M. Lannelongue conseille de faire l'expérience suivante : Le malade est placé debout, les talons rapprochés et le poids du corps reposant également sur les deux pieds. Au bout de quelques minutes, on constate dans le membre malade de petits soubresauts, les muscles se contractent, et le corps finit par se porter en totalité sur le côté sain. Ce signe est connu dans son service, nous dit-il, sous le nom de signe de l'épreuve.

En même temps que l'atrophie musculaire, on note très fréquemment la contracture de certains muscles. Lorsqu'on cherche à mouvoir le membre, on voit ces muscles se tendre et intervenir pour limiter le mouvement. Cela est surtout vrai des muscles adducteurs; aussi M. Verneuil a-t-il depuis longtemps conseillé d'imprimer au membre demi-fléchi des mouvements d'abduction pour déceler les premières traces de la coxalgie.

Il est encore un autre symptôme de début qui présente un grand intérêt, vu sa constance; nous voulons parler de l'engorgement ganglionnaire. Souvent les ganglions inguinaux et les ganglions iliaques sont atteints simultanément; ils peuvent présenter seulement une légère augmentation de volume, ou former des masses considérables. Cette dernière particularité mérite d'être connue, car elle peut exposer à des erreurs. Dernièrement encore, j'examinais un jeune enfant qui, pour tout symptôme, présentait une légère claudication. Il n'y avait aucune douleur, ni directe, ni à distance; mais je constatai chez lui un volumineux engorgement des ganglions iliaques. J'espérais que cette adénopathie était la seule cause de la claudication; mais au bout de quelques semaines, la marche de l'affection m'obligeait à reconnaître l'existence d'une coxalgie.

De tous les signes de la coxalgie au début, le plus caractéristique, c'est la douleur, qui peut exister sous la forme de douleurs spontanées ou provoquées. Les douleurs spontanées surviennent dans la journée sous l'influence de fatigues, d'efforts. Mais elles sont plus vives et plus fréquentes pendant la nuit, où elles arrachent des cris aux malades. Tantôt elles existent au lieu même de l'affection, tantôt elles affectent la forme d'irradiations à distance. C'est surtout au niveau du genou que siègent ces douleurs irradiées. Elles peuvent devenir l'origine d'erreurs de diagnostic; aussi ont-elles acquies dans l'étude clinique de la coxalgie une réelle importance. Nous voyons de temps en temps venir vers

nous des malades qui boitent, qui même ne peuvent se servir de leur membre, et qui localisent leurs souffrances au niveau du genou. Si cependant nous examinons l'articulation fémoro-tibiale, nous n'y rencontrons aucune trace de lésion. Il suffit d'être prévenu de l'existence de la douleur du genou, dans la coxalgie, pour porter son attention du côté de l'articulation de la hanche.

On est loin d'être fixé sur la véritable signification de cette douleur du genou dans les arthrites coxo-fémorales. Les explications qu'on en a données sont fort nombreuses : les uns y ont vu une douleur par sympathie, analogue à la douleur que les malades accusent à l'extrémité du gland dans les affections du col vésical. Pour d'autres, il s'agit d'une douleur névralgique; on a pensé aussi que l'affection inflammatoire se transmettait par l'intérieur du canal médullaire jusqu'à l'extrémité inférieure du fémur. Certains auteurs ont fait remarquer que la douleur du genou pouvait s'expliquer par la coexistence de lésions du côté de cette dernière articulation. Ces deux dernières opinions nous semblent pouvoir aisément se concilier; on comprend, en effet, qu'une affection de l'extrémité inférieure du fémur puisse retentir sur l'articulation voisine. Nous rappellerons que, dans les cas de coxalgie, on constate souvent une inflammation étendue à tout le canal médullaire du fémur; il est arrivé même qu'on ait rencontré des granulations tuberculeuses disséminées dans le canal central de l'os. M. Lannelongue (1) a figuré un cas de cette nature. On conçoit que cette propagation des lésions puisse expliquer les douleurs qu'accusent les malades au niveau du genou; on comprend aussi qu'il en puisse résulter, du côté de l'articulation fémoro-tibiale, des lésions inflammatoires de voisinage. On a signalé en effet dans la coxalgie l'existence d'épanchements intra-articulaires dans le genou, ou le développement de fongosités dans la jointure. Le fait a été noté par Malgaigne (2) et Bonnet (3) entre autres, et plusieurs fois nous avons eu l'occasion de le constater.

A côté des douleurs spontanées, nous devons signaler les douleurs provoquées; et, à ce propos, il nous faut insister sur la manière d'examiner les malades dans le but de rechercher les phénomènes douloureux. La douleur peut se constater par la pression directe et par la pression à distance. Lorsqu'on déprime profondément les tissus avec le doigt à la base du triangle de Scarpa, on détermine habituellement une douleur qui est due à la pression exercée sur la tête fémorale. M. Lannelongue fait remarquer, en outre, que si l'on porte le membre dans une flexion aussi prononcée que possible, jointe à l'adduction et à la rotation en dedans, la tête vient faire saillie à la partie postérieure de l'articulation, au-dessus des muscles fessiers. Les pressions exercées en ce point réveillent la douleur. On peut également, dans l'étude des phénomènes douloureux, recourir à la percussion à distance. Ainsi, les percussions exercées sur le grand trochanter occasionnent fréquemment des douleurs que les malades rapportent au pli de l'aîne; on peut encore, exerçant des pressions sur le talon, refouler la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, et déterminer des douleurs que les malades rapportent à l'articulation.

En général, la coxalgie n'existe pas longtemps sans déterminer une attitude fixe du membre, dont l'étude présente, au point de vue clinique, une importance considérable. Ordinairement, cette attitude ne reste pas la même pendant

(1) LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*, pl. IV, p. 58.

(2) MALGAIGNE, *Journal de chirurgie*, 1845.

(3) BONNET, *Traité des maladies des articulations*.

toute la durée de la maladie. D'après les variations que peut présenter l'attitude du membre, on a décrit à la coxalgie trois périodes : 1^o la première période est caractérisée par la flexion du membre, jointe à l'abduction et à la rotation en dehors; 2^o dans la seconde période, on voit succéder à l'abduction et à la rotation en dehors, l'adduction avec rotation en dedans; 3^o enfin, à la troisième période appartiennent les luxations spontanées et les abcès. On voit tout de suite ce qu'à d'artificiel une semblable classification; en effet, les abcès et les luxations pathologiques ne sont pas la suite obligée de la coxalgie; la troisième période n'a donc pas une existence constante; de même, il peut se faire que d'emblée le membre se place dans l'adduction combinée à la rotation en dedans. Exceptionnellement enfin, la cuisse garde, pendant toute la durée de la coxalgie, l'attitude de la rotation externe avec abduction; de sorte que, suivant les cas, la première ou la deuxième période a fait défaut. Aussi, sans nous astreindre à suivre une division de la maladie en périodes, nous contenterons-nous de faire l'étude des attitudes vicieuses qui se peuvent observer.

Des attitudes vicieuses dans la coxalgie. — Il est tout à fait exceptionnel de voir la cuisse rester dans l'extension au cours de la coxalgie; le fait s'observe uniquement, suivant la remarque de Bonnet, chez des malades qui ont continué à marcher. Pour notre part, nous avons observé un seul cas de ce genre chez un jeune apprenti pâtissier qui entra, en 1889, dans notre service à l'Hôtel-Dieu; bien que chez lui la maladie datât de plusieurs mois et qu'il y eût de la rotation en dehors, le membre était dans l'extension complète; jamais ce malade n'avait gardé le lit. Dans l'immense majorité des cas, le membre se place de bonne heure dans la flexion, mais il est très rare d'observer la flexion directe; presque toujours la flexion s'unit à l'abduction et à la rotation en dehors, ou à l'adduction et à la rotation en dedans. De là, les deux grandes classes d'attitudes qu'il nous faut étudier.

La flexion avec abduction et rotation en dehors est habituellement l'attitude du début. Les injections forcées pratiquées dans la jointure ont démontré que c'était dans cette attitude que la cavité synoviale avait sa plus grande capacité. Il est donc permis de croire que c'est pour relâcher tous les tissus articulaires que le malade donne instinctivement à son membre cette attitude que lui garde la contracture des muscles péri-articulaires. Mais bientôt, pour compenser ce qu'une semblable attitude de la cuisse a de défavorable pour la marche, le bassin est obligé d'intervenir. Pour compenser la flexion, il se produit dans l'articulation sacro-vertébrale un mouvement de bascule, qui projette en avant les épines iliaques antérieures et supérieures et creuse au contraire la région lombaire. Par comparaison avec ce qui se passe chez certains animaux quadrupèdes, on donne à cette excavation de la région lombaire le nom d'ensellure. On peut en juger en examinant le malade de profil, de manière à se rendre compte de la saillie formée par la région fessière. On en juge mieux encore quand le malade est couché dans la position horizontale. Dans cette attitude, en effet, il existe entre la région lombaire et le plan du lit un large espace dans lequel on peut passer la main. L'ensellure, avons-nous dit, masque la flexion, mais dès qu'on soulève le membre malade, on fait disparaître l'ensellure, et du même coup, la cuisse se montre fléchie sur le bassin, au degré où elle l'est réellement.

L'abduction et la rotation en dehors, en écartant le membre de la ligne médiane du corps, sont très défavorables à la marche; de là, de nouvelles déviations, consistant dans un abaissement du bassin du côté malade, avec projection en

avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Cette déviation du bassin est possible, grâce à un double mouvement d'inclinaison latérale et de torsion qui se passe dans la région lombaire du rachis; de là, la production d'une scoliose lombaire dont la convexité est dirigée du côté de la coxalgie. Cette déviation secondaire du bassin a pour avantage de ramener les deux membres inférieurs à une position voisine du parallélisme; elle rend beaucoup plus facile la marche et masque en grande partie la déviation de la hanche. On comprendra mieux l'attitude vicieuse que nous décrivons en ce moment, et les déviations secondaires qui en dépendent, en les suivant sur les deux figures

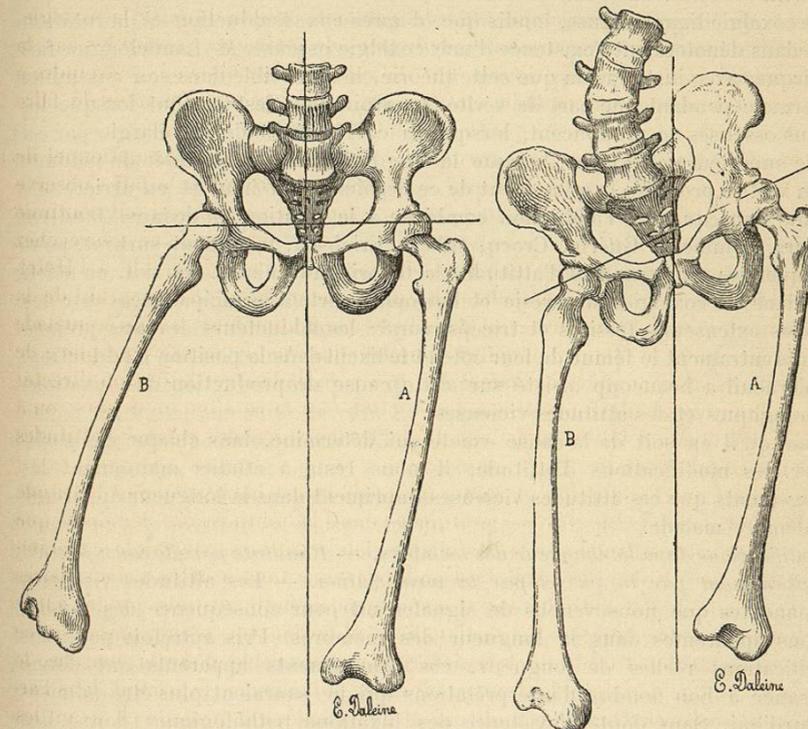


FIG. 60. — Attitude d'abduction, de flexion et de rotation en dehors.

A, côté sain. — B, côté malade.

FIG. 61. — Abaissement, flexion et torsion du bassin.

A, côté sain. — B, côté malade.

ci-jointes que nous empruntons à l'ouvrage de M. Lannelongue (voy. fig. 60 et 61).

Généralement, à la flexion avec abduction et rotation en dehors, fait suite la flexion combinée à l'adduction et à la rotation en dedans. L'abduction se reconnaît à ce que le membre malade est rapproché de la ligne médiane, au point même de venir quelquefois croiser le membre sain; en même temps la rotation en dedans est telle que le bord interne du pied vient reposer sur le plan du lit, quand le malade est couché. Cette attitude coïncide habituellement avec une ascension du bassin du côté malade, qui donne l'apparence d'un raccourcis-

sement. Quant à la cause qui amène ces changements d'attitude, il est difficile de la préciser d'une manière absolue. Pour certains auteurs, comme Bonnet et Valette, les changements dans l'attitude sont liés aux modifications survenues dans le décubitus des malades. Tant que ceux-ci étaient couchés sur le côté lésé, le membre gardait la position d'abduction; viennent-ils, au contraire, à reposer sur le côté sain, le membre malade se place en abduction. Mais les faits ne sont pas toujours d'accord avec la théorie, et les changements dans l'attitude du membre peuvent se montrer en dehors des modifications dans le décubitus des malades.

Martin et Collineau ⁽¹⁾ faisaient de la flexion avec abduction la caractéristique de la coxalgie ligamenteuse, tandis que, d'après eux, l'adduction et la rotation en dedans dénoteraient l'existence d'une coxalgie osseuse. M. Lannelongue fait remarquer avec juste raison que cette théorie, inadmissible dans son ensemble, renferme cependant une part de vérité, à savoir que c'est surtout lorsque les lésions osseuses se prononcent, lorsque la cavité cotyloïde est élargie par sa partie supérieure et externe, lorsque la tête du fémur est diminuée de volume, qu'on voit se produire le glissement de ce dernier os en haut et en arrière, et, comme conséquence, l'adduction combinée à la rotation en dedans. D'autres auteurs, comme J. Guérin, Crocq, Gibert, Erichsen, invoquent surtout, pour expliquer les changements d'attitude, la théorie musculaire. On sait, en effet, que, dans la coxalgie, la parésie et l'atrophie portent principalement sur les muscles extenseurs, fessiers et triceps crural; les adducteurs devenus prépondérants entraînent le fémur de leur côté et le fixent dans la position d'adduction. M. Verneuil a beaucoup insisté sur cette cause de production des luxations pathologiques et des attitudes vicieuses.

Quoi qu'il en soit de la cause exacte qui détermine, dans chaque cas particulier, les modifications d'attitude, il nous reste à étudier maintenant les changements que ces attitudes vicieuses impriment dans la longueur apparente du membre malade.

Modifications dans la longueur des membres. — Résultats paradoxaux fournis simultanément par la vue et par la mensuration. — Les attitudes vicieuses permanentes que nous venons de signaler ont pour conséquence des modifications apparentes dans la longueur des membres. Pris autrefois pour des modifications réelles de longueur, ces changements apparents ont donné naissance à bon nombre d'interprétations qui ne sauraient plus être admises aujourd'hui. Sans doute l'existence des luxations pathologiques donne des raccourcissements, dans certains cas, une interprétation des plus rationnelles. Quant à l'allongement, on se perdait en conjectures pour en donner une explication satisfaisante. Les uns attribuaient l'allongement à la présence de liquide dans la jointure, d'autres le mettaient sur le compte du gonflement du tissu cellulo-adipeux de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde; on l'attribuait encore à l'augmentation de volume de la tête fémorale, toutes circonstances extrêmement rares.

Les études de Bonnet ont montré que la plupart de ces allongements et raccourcissements ne sont qu'apparents. C'est seulement à la période ultime de la coxalgie que se rencontrent les raccourcissements réels, dus à l'existence d'une luxation.

⁽¹⁾ MARTIN et COLLINEAU, *De la coxalgie*. Paris, 1865.

Les inclinaisons latérales du bassin autour de son axe antéro-postérieur, donnent naissance à un raccourcissement ou à un allongement apparent, suivant que l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade est surélevée ou abaissée. La chose est aisée à comprendre et ne nécessite pas de longs développements; mais ce qui constitue la difficulté réelle, c'est que souvent il existe une opposition entre les résultats que fournit l'examen du membre, à la simple vue, et ceux que donne la mensuration. Ainsi, par exemple, dans l'attitude du début, où la flexion est associée à l'abduction et à la rotation en dehors, on trouve habituellement un allongement apparent à la vue, coïncidant avec un raccourcissement à la mensuration. Il est aisé d'expliquer cette contradiction apparente: l'allongement tient, avons-nous dit, à ce que d'ordinaire, dans cette attitude, le bassin est abaissé vers le côté malade, l'épine iliaque antérieure et supérieure de ce côté se trouvant sur un niveau plus bas que celle du côté opposé. Au contraire, le raccourcissement est dû à l'abduction de la cuisse.

Pour s'en rendre compte, il suffit de jeter les yeux sur le schéma ci-dessous (voy. fig. 62), dans lequel le point E répond à l'épine iliaque antérieure et supérieure, le point C à la cavité cotyloïde et le point F à l'extrémité inférieure du fémur; si l'on réunit ces points par trois lignes, on a le triangle ECF; or, en supposant le membre porté dans l'abduction, le point F se déplace en F', et l'on constitue le triangle ECF' dans lequel l'angle C est plus petit que dans le triangle ECF, et, par suite, le côté EF' opposé à cet angle, plus petit que le côté EF.

Les choses se passent d'une façon inverse dans les cas où la flexion est combinée à l'adduction et à la rotation en dedans. Ici en effet, le bassin est habituellement remonté du côté malade, d'où un raccourcissement apparent à la vue, tandis que l'adduction, par suite de la démonstration que nous venons de faire, fournit un allongement à la mensuration. En résumé,

il n'y a aucune contradiction entre les résultats fournis par l'inspection et ceux que donne la mensuration, et rien n'est plus facile que d'interpréter cette sorte de paradoxe que fournit d'abord l'emploi combiné des deux modes d'exploration. Rien d'étonnant que les résultats soient en sens inverse, puisque les mensurations faites dans les deux cas s'appliquent à des objets différents. Par l'examen à la vue, on se rend compte de l'abaissement ou de l'ascension du bassin, d'où l'allongement ou le raccourcissement apparent; par la mensuration, on étudie les résultats que fournissent, au point de vue de la longueur du membre, les mouvements d'adduction ou d'abduction de la cuisse sur le bassin.

Luxations spontanées. — Au fur et à mesure que les lésions destructives de la tête fémorale se caractérisent, on voit se produire chez les malades les déplacements secondaires auxquels on donne le nom de *luxations spontanées*.

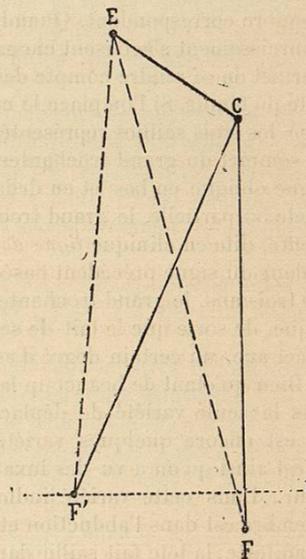


FIG. 62. — Figure schématique rendant compte des modifications apparentes de la longueur du membre à la mensuration.

E, épine iliaque antérieure et supérieure. — C, cavité cotyloïde. — F, F', extrémité inférieure du fémur.