

vertébrale jouit de sa mobilité normale, sa double courbure physiologique s'exagère et corrige ainsi l'effet de l'inclinaison du bassin. Le malade rétablit l'équilibre en reportant plus en arrière le centre de gravité, c'est-à-dire en fléchissant plus fortement la colonne vertébrale, de façon à déterminer une forte lordose de la région lombaire (voir fig. 28 *a* et *b*). L'attitude de la hanche en flexion est donc compensée par l'inclinaison du bassin, et celle-ci est compensée à son tour par l'exagération de la lordose lombaire, laquelle entraîne, d'autre part, une augmentation de courbure des portions dorsale et cervicale du rachis.

Lorsqu'on examine le malade dans le décubitus horizontal sur le dos, deux cas peuvent se présenter : ou bien le dos est dans toute son étendue en contact avec la surface de la table, et alors la cuisse s'élève plus ou moins suivant le degré de la contracture, tandis que le genou se fléchit pour que le pied puisse donner un point d'appui au membre; ou bien l'extrémité inférieure est en contact dans toute son étendue avec le plan horizontal sous-jacent, et l'on constate alors une concavité au niveau de la région lombaire, de sorte que l'on peut glisser la main sous cette partie de la colonne vertébrale. Par des mouvements imprimés au membre inférieur on peut faire prendre au malade alternativement ces deux positions. Si l'on abaisse la cuisse jusqu'au contact de la table, le bassin s'incline plus fortement, et la colonne vertébrale se soulève en arc de cercle au niveau de la région lombaire. Lorsqu'ensuite on soulève le membre inférieur, la concavité lombaire disparaît et est remplacée par une surface plane. Dans ce mouvement le bassin, auquel est fixée solidement la cuisse, passe de la position inclinée à la position normale, et nous avons là un moyen de déterminer l'angle de flexion de l'extrémité inférieure sur le bassin. En effet cet angle correspond à celui que forme le membre inférieur avec le plan horizontal lorsque la colonne lombaire se trouve partout en contact avec ce dernier.

Supposons maintenant que la cuisse se trouve fixée au bassin, de façon à former avec ce dernier un certain angle, dans le sens de l'abduction (voir fig. 29).

Le malade étant couché sur le dos horizontalement, si le bassin conserve sa position normale, le membre inférieur contracturé se mettra en abduction, et, par conséquent, ne sera pas parallèle à l'extrémité saine (fig. 29 *a*). Aussi, dès que le malade cherche à placer ses extrémités inférieures dans le parallélisme, position déjà avantageuse dans le décubitus dorsal, mais surtout désirable dans la marche, il remplace par un mouvement du bassin celui que ne peut exécuter l'articulation coxo-fémorale.

Il incline donc le bassin du côté de la contracture d'un nombre de degrés correspondant à l'angle d'abduction; le membre inférieur du côté sain se porte alors en adduction par rapport au bassin, de façon que les deux extrémités deviennent parallèles l'une à l'autre. C'est la situation des deux épines iliaques antéro-supérieures qui permet de recon-

naître le degré d'abaissement du bassin, du côté de l'abduction (fig. 29 *b*). Lorsque le malade est couché horizontalement dans le décubitus dorsal, nous pouvons déterminer immédiatement l'angle d'abduction en écartant l'extrémité inférieure contracturée jusqu'à ce que le bassin qui était incliné reprenne sa position normale, et que les deux épines iliaques

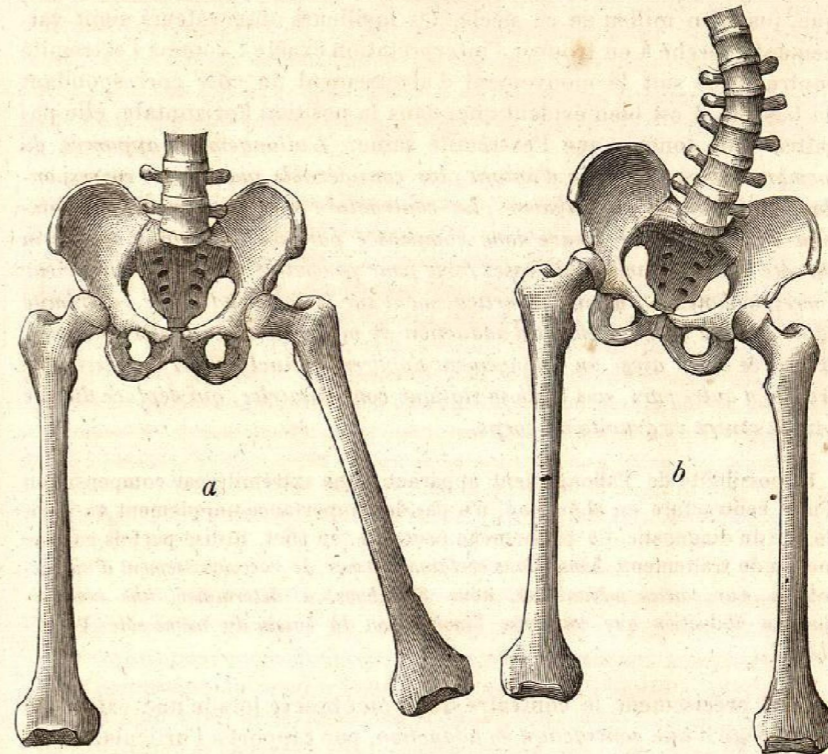


Fig. 29. — Contracture en abduction. — *a*. Attitude de la cuisse en abduction. — *b*. Abduction compensée par l'inclinaison latérale du bassin.

antéro-supérieures se trouvent situées à la même hauteur. L'angle décrit par le membre inférieur, pour arriver à ce résultat, donne la mesure exacte de l'angle d'abduction de l'extrémité contracturée. Or si la colonne vertébrale toute entière s'inclinait latéralement avec le bassin, nous nous verrions en présence des mêmes difficultés, au point de vue de l'équilibre du corps, que dans la contracture en flexion, c'est-à-dire que le centre de gravité se trouverait déplacé du côté de l'inclinaison du bassin, et qu'une perpendiculaire menée de ce centre tomberait en dehors de la surface de soutien des extrémités inférieures. Pour éviter une perte d'équilibre il faut que la colonne lombaire se recourbe du côté de

l'abduction et la colonne dorsale du côté opposé; il se produit ainsi une double incurvation en S du rachis, incurvation que nous avons déjà appris à connaître dans l'étude de la *scoliose* dont elle constitue la *forme statique*. L'abduction étant ainsi compensée, si l'on fait coucher le malade sur un plan horizontal, après avoir constaté que les deux membres inférieurs ont la même longueur réelle, on observe un symptôme dont la cause est si facile à saisir que l'on ne peut comprendre aujourd'hui que, jusqu'au milieu de ce siècle, les meilleurs observateurs aient vainement cherché à en trouver l'interprétation exacte : comme l'extrémité contracturée suit le mouvement d'abaissement du côté correspondant du bassin, il est bien évident que, dans la position horizontale, elle paraîtra plus longue que l'extrémité saine. *L'allongement apparent du membre contracturé sera d'autant plus considérable que le côté correspondant du bassin est plus abaissé. La contracture en abduction de l'articulation de la hanche se trouve donc compensée par une inclinaison du bassin du côté malade, inclinaison assez forte pour permettre au membre inférieur correspondant de s'appuyer verticalement sur le sol, tandis que l'extrémité saine exécute un mouvement d'adduction de même étendue. L'extrémité contracturée offre ainsi un allongement apparent. L'inclinaison du bassin entraîne, d'autre part, une scoliose statique compensatrice, qui déplace du côté sain le centre de gravité du corps.*

La possibilité de l'allongement apparent d'une extrémité par compensation d'une contracture en abduction, n'a pas de l'importance uniquement au point de vue du diagnostic. Ce phénomène peut être, en effet, utilisé parfois comme moyen de traitement. *Ainsi dans certaines formes de raccourcissement d'une extrémité par causes mécaniques, nous cherchons à déterminer une contracture en abduction que compense l'inclinaison du bassin du même côté (VOLK-MANN).*

C'est précisément le contraire que l'on observe lorsqu'une extrémité est le siège d'une *contracture en adduction*, par rapport à l'articulation de la hanche et au bassin.

Si nous examinons un malade atteint d'une contracture en adduction non compensée, nous voyons que dans la position horizontale sur le dos, l'extrémité malade étendue croise l'extrémité saine; mais dès qu'il y a compensation, les membres inférieurs deviennent parallèles; seulement l'extrémité contracturée paraît alors raccourcie. Nous trouvons l'explication de ce fait dans l'élévation du bassin du côté malade, élévation qui est en raison directe du raccourcissement. On peut d'ailleurs en avoir la preuve en replaçant l'extrémité malade en véritable adduction, c'est-à-dire en lui faisant croiser le membre sain; le bassin reprend alors, en effet, peu à peu sa position normale. L'angle que l'on décrit ainsi avec le membre pour faire disparaître l'obliquité du bassin, correspond au degré d'adduction pathologique.

L'élévation du bassin, du côté malade, se trouve, à son tour, compensée par une scoliose statique destinée à assurer l'équilibre du corps. Cette déviation de la colonne vertébrale se produit du côté opposé à celui de la scoliose compensatrice de la contracture en abduction.

Ainsi donc la contracture en adduction est compensée par l'élévation du bassin du côté malade, laquelle est destinée à donner au membre correspondant une direction verticale, tandis que l'extrémité saine exécute un mouvement d'abduction de même étendue. Le membre contracturé se trouve ainsi raccourci d'une quantité équivalente à l'élévation du bassin. Enfin l'obliquité du bassin est compensée à son tour par une scoliose statique dirigée du côté malade.

La **contracture en rotation** a beaucoup moins d'importance, au point de vue de la position compensatrice du bassin. La contracture en rotation en dehors peut être compensée jusqu'à un certain point par un mouvement de rotation du bassin autour de son axe vertical. Admettons que l'articulation coxo-fémorale gauche soit ankylosée en rotation externe à un degré correspondant à un angle déterminé, de façon que la rotule et la pointe du pied, au lieu de regarder en avant, soient dirigées en dehors d'une quantité égale à ce même angle; une partie de cette rotation pourra être compensée par un mouvement correspondant du bassin qui porte en avant l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade. C'est le contraire que l'on observe, dans les cas de rotation du membre en dedans. Mais le besoin d'une compensation dans la marche et la station debout ne se fait pas sentir au même degré que dans les autres formes de contracture.

Nous avons déjà appris à connaître certaines conditions anatomiques se rapportant à la position de l'extrémité inférieure relativement au bassin, et ayant pour conséquence un **allongement ou un raccourcissement apparent** du membre correspondant. Mais à la suite de blessures ou de maladies de l'articulation de la hanche, il arrive assez souvent que l'on constate à l'examen un **allongement ou un raccourcissement réel** de l'extrémité inférieure du même côté.

Nous renvoyons à l'étude de la coxite les rares cas d'allongement vrai du membre, et nous ne ferons que mentionner ici la manière dont il convient de procéder pour reconnaître un raccourcissement réel dû à un changement survenu dans la position normale de la tête fémorale, relativement à la cavité cotyloïde.

Dans nos considérations anatomiques sur l'articulation coxo-fémorale, nous avons fait remarquer que la situation de l'articulation en hauteur est donnée par un plan horizontal qui passerait par le sommet des deux grands trochanters. Une position normale de la pointe du trochanter prouve donc que la tête articulaire est bien dans la cavité cotyloïde. Lorsque le trochanter s'élève plus haut qu'à l'état normal, il faut en chercher la cause soit dans une solution de continuité du col du fémur, soit