

que la forme de coxite en question, avec sa terminaison par la carie, ne vient qu'à peu près en troisième rang, au point de vue de la fréquence. En effet, la colonne vertébrale et le genou seraient encore plus souvent affectés que l'articulation de la hanche.

On peut distinguer dans le développement de la coxite **trois périodes**, lesquelles, il est vrai, ne sont pas toujours parfaitement limitées, et ne se retrouvent pas dans chaque cas particulier. La **première période**, ou période initiale, n'est caractérisée, sur le vivant, que par un petit nombre de symptômes marquants. Le membre devient douloureux à un degré variable et sur différents points; aussi le malade cherche-t-il à le ménager, ce qui se traduit par une **claudication volontaire**. Dans la seconde période, on voit apparaître certains changements dans l'attitude du membre. On la désigne sous le nom de **période d'abduction ou d'allongement** de l'extrémité malade. Dans la troisième période, l'allongement fait place à un **raccourcissement**, lequel tantôt est *apparent* et dû à l'adduction du membre, et tantôt *réel*, et provient alors soit des diverses altérations de forme que subissent les surfaces articulaires par destruction du tissu osseux, soit des nouveaux rapports qu'affecte la tête fémorale avec la cavité cotyloïde. Le plus souvent, le stade de raccourcissement vrai est précédé du stade de raccourcissement apparent ou stade d'adduction.

Qu'on se garde bien de croire que toute coxite passe nécessairement par ces différentes périodes. La première fait souvent défaut ou échappe tout au moins à l'observation. La période la plus typique est celle de l'abduction ou allongement, mais elle peut manquer également, la coxite débutant parfois d'emblée par l'adduction. Enfin le dernier stade est celui qui fait le plus souvent défaut, non seulement parce qu'un certain nombre de malades guérissent avant d'y arriver, mais aussi parce que beaucoup de coxalgiques offrent d'emblée un raccourcissement réel du membre, sans jamais présenter le tableau typique de l'adduction et de la rotation en dedans. Il est vrai que nos moyens mécaniques de traitement (extension), contribuent notablement à effacer le type des différentes périodes de la maladie. Nous reviendrons plus loin sur les causes des diverses attitudes vicieuses observées dans la coxite.

Lors de l'apparition des phénomènes initiaux, c'est la claudication qui, en général, attire tout d'abord l'attention de l'entourage de l'enfant, et engage les parents à consulter un médecin. Lorsqu'on fait marcher le petit malade, on s'aperçoit qu'il restreint le plus possible les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, qu'il traîne en quelque sorte le membre après lui, en imprimant à la colonne vertébrale et au bassin des mouvements appropriés, et qu'il évite de s'appuyer longtemps sur l'extrémité inférieure du côté correspondant à la coxite. En même temps, il accuse une douleur à siège et à caractères variables. Tantôt il désigne d'une

façon précise l'articulation coxo-fémorale elle-même comme étant le siège de la douleur, et il éprouve une sensation douloureuse, plus ou moins intense, lorsqu'on exerce une pression en avant ou en arrière de la région articulaire ou sur le trochanter, qui la transmet à la tête fémorale; tantôt il se plaint en même temps de douleurs qui s'irradient dans la cuisse jusqu'au genou; les sensations douloureuses peuvent même se localiser dans cette seule articulation. Ce dernier phénomène peut même persister jusque dans la seconde période; aussi doit-il être présent à l'esprit, si l'on veut éviter certaines erreurs de diagnostic que l'on pourrait commettre, relativement au siège de la maladie.

Nous ne savons rien de précis au sujet des causes de cette forme particulière de localisation des sensations douloureuses dans le genou et la cuisse. La dou-

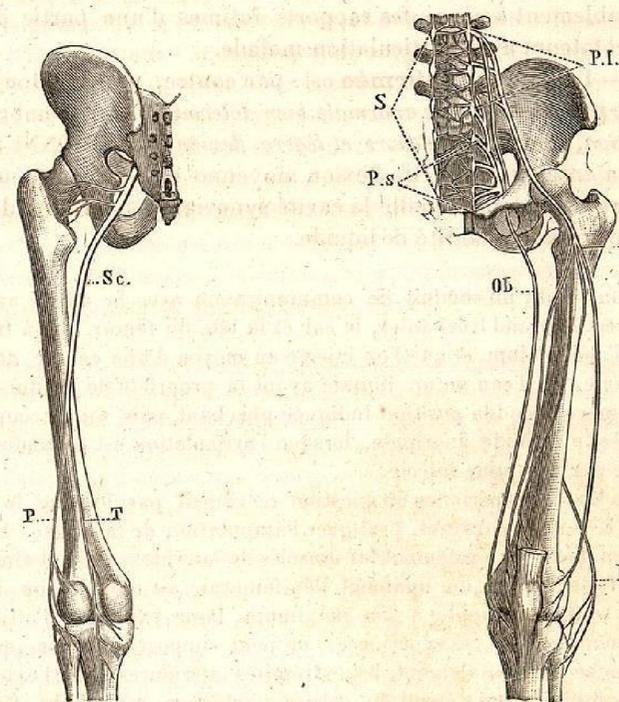


Fig. 35. — Nervis de l'articulation de la hanche.

leur offre manifestement les caractères d'une névralgie, et l'on est décidément tenté de la comparer à la névralgie du trijumeau ayant pour point de départ un nerf dentaire malade; on sait, en effet, que dans cette dernière affection, des irradiations se produisent au loin, tandis que la partie du nerf qui est le siège de l'irritation, est lui-même tout à fait indolore. On s'explique mieux les voies de propagation de la douleur, en jetant un coup d'œil sur les figures

ci-jointes qui nous montrent la distribution des nerfs à la hanche et au genou. Le plus souvent, c'est le nerf obturateur, et à bon droit, qui est accusé d'être la cause de ces douleurs, d'autant plus qu'une branche de ce nerf pénètre dans le ligament rond.

Lorsqu'on porte son attention sur l'attitude et les fonctions du membre, on peut se convaincre que, même à cette période initiale, qui se distingue par une grande variabilité des symptômes, les phénomènes objectifs ne font pas entièrement défaut. Lorsqu'on répète souvent l'examen, on trouve un jour que le membre semble être dans son attitude normale, tandis qu'une autre fois il paraît légèrement fléchi ou en abduction. Mais, presque toujours, on constate alors l'impossibilité des mouvements extrêmes, et HUETER fait remarquer, avec raison, que ce sont avant tout les mouvements de rotation qui paraissent limités, probablement à cause des rapports intimes d'une partie des petits muscles rotateurs avec l'articulation malade.

§ 42. — La *coxite confirmée* est, par contre, presque toujours caractérisée par une *attitude anormale bien déterminée*. Le membre se met en *abduction, rotation en dehors et légère flexion*. C'est BONNET qui, le premier, a enseigné que cette flexion moyenne de l'articulation correspond à l'attitude dans laquelle la cavité synoviale est en état de contenir la plus grande quantité de liquide.

Lorsqu'on établit un conduit de communication avec la cavité articulaire, soit à travers le grand trochanter, le col et la tête du fémur, soit à travers les parois de l'acétabulum, et que l'on injecte au moyen d'une canule, dans la cavité synoviale, de l'eau ou un liquide ayant la propriété de se durcir, peu à peu le membre prend la position indiquée plus haut, puis, tout à coup, il reste fixé dans cette attitude anormale, lorsque l'articulation est distendue au plus haut degré par le liquide injecté.

Sur le cadavre, l'expérience en question ne réussit pas lorsque le membre est intact. Il faut, au paravant, pratiquer l'amputation de la cuisse. En outre, on fera bien d'enlever également les muscles de la région. On voit alors se produire une forte tension du ligament iléo-fémoral, au moment où la cavité articulaire se trouve remplie à son maximum. Pour expliquer l'attitude que prend le membre dans ces expériences, on peut supposer que, lorsque le cadavre est couché horizontalement, les extrémités inférieures dans l'extension, le ligament capsulaire qui s'étend du rebord cotyloïdien au col du fémur, est comme tordu autour de ce dernier. A mesure que la cavité articulaire se remplit de liquide, cette torsion disparaît peu à peu, et le col du fémur prend alors, par rapport à la cavité cotyloïde, une position telle, que la capsule forme un cylindre non tordu entre ses points d'insertion.

Qu'on ne se figure pas, toutefois, que les choses se passent en réalité comme dans l'expérience que nous venons de décrire, c'est-à-dire que l'attitude pathologique du membre inférieur soit due à des causes pure-

ment mécaniques. La meilleure preuve qu'il n'en est point ainsi, c'est que, même dans les expériences sur le cadavre, la force de pression du liquide n'est pas assez considérable pour amener l'extrémité dans la position de Bonnet. En effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, on est obligé d'amputer préalablement la cuisse pour que ce changement de position se produise. D'ailleurs, il n'arrive pas souvent qu'au début de la coxite, les conditions anatomiques soient les mêmes que celles qui se trouvent réalisées dans les expériences. Sur le vivant, il est rare que l'on ait affaire à un épanchement considérable dans l'articulation. D'autre part, l'expansion de la capsule due aux masses fongueuses qui épaississent la synoviale, ne suffit certainement pas pour produire le même effet, ou un effet encore plus grand que le liquide intra-articulaire. Enfin, un fait surprenant, c'est que précisément dans les cas où l'on sait que la capsule est rapidement distendue par l'épanchement (arthrite suppurée), il n'est pas rare de voir le membre du côté malade se placer d'emblée dans l'adduction et la rotation en dedans, et non pas dans la position de Bonnet. Néanmoins, les conditions mécaniques auxquelles se trouve soumise la capsule articulaire, doivent exercer une grande influence sur l'attitude du membre; ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que le malade, en proie à de vives souffrances, choisit en quelque sorte instinctivement la position dans laquelle la capsule articulaire peut se dilater à son maximum.

A notre avis, c'est grâce à la contraction des muscles que s'opère tout d'abord le changement d'attitude du membre.

Rappelons encore ici que, d'après différents auteurs, cette contraction musculaire initiale est de nature réflexe, bien qu'ils ne puissent invoquer d'autre argument en faveur de cette hypothèse, que le fait que le mouvement produit paraît être involontaire. La douleur articulaire, l'irritation des nerfs sensitifs de l'articulation, se transmet aux centres nerveux, et provoque, par l'intermédiaire de ce dernier, le mouvement réflexe correspondant.

A la suite d'observations longues et nombreuses, nous avons acquis de plus en plus la conviction que les contractures ou attitudes vicieuses des articulations en général, et de la hanche en particulier, sont dues, en grande partie, sinon entièrement, aux influences mécaniques, résultant soit de l'usage du membre, soit de la position que prend ce dernier lorsque le malade est alité. Si nous appliquons à la hanche ces données générales, il devient évident que, lorsqu'un individu affecté d'une coxite, utilise pour marcher son extrémité malade, sans se servir de béquilles, l'attitude en abduction et légère flexion, est celle qui épargne le mieux l'articulation. Le malade élevant rapidement la jambe saine, ne laisse reposer que pendant un temps très court, une partie du poids du corps sur le membre en abduction; pendant ce temps, le tronc se porte rapidement en avant et se jette en quelque sorte sur l'extrémité saine. Tout