

chirurgien qui a observé à ce point de vue, un certain nombre d'individus affectés de coxite, pourra confirmer le fait que ceux d'entre eux dont la cuisse est dans l'abduction, ont tous, sans exception, utilisé pendant un certain temps l'extrémité malade pour la marche, sans s'aider de béquilles. Par contre, les individus chez lesquels la coxite s'accompagne, dès le début, d'une adduction et d'une rotation du membre en dedans, ont été, pour la plupart, obligés de bonne heure de s'aliter, ou tout au moins de se servir de béquilles en marchant. Ces derniers cas sont presque toujours graves, et, en règle générale, on trouve vérifiée l'ancienne hypothèse d'après laquelle il s'agit alors d'une affection osseuse siégeant au niveau des surfaces de soutien de l'articulation. Les malades de cette catégorie étaient constamment alités et se couchaient du côté sain, de façon que le membre correspondant à la coxite s'appuyait sur l'extrémité saine et se mettait ainsi en adduction et rotation en dedans, ou bien ils marchaient avec des béquilles et avaient soin de tenir le pied élevé au-dessus du sol et de ne pas s'en servir comme point d'appui. Le passage de l'abduction à l'adduction correspond aussi presque toujours à une aggravation du mal, laquelle oblige le malade de s'aliter ou d'avoir recours aux béquilles. L'attitude du membre en adduction est ici encore, en règle générale, la conséquence nécessaire du décubitus latéral. Dans un certain nombre de cas, il est vrai, il se produit déjà une certaine fixation du membre dans la période d'abduction, et celle-ci n'est pas suivie d'une période d'adduction. Je serais entraîné trop loin si je voulais insister encore davantage sur cette question, du reste très discutée.

Dans un certain nombre de cas, l'attitude vicieuse est maintenue par l'action des muscles, mais évidemment, il ne peut en être ainsi que pendant un certain temps, car bientôt se produisent des altérations inflammatoires avec rétraction cicatricielle, aussi bien dans le voisinage immédiat de l'articulation, qu'à une certaine distance de cette dernière, voire même jusque dans l'aponévrose de la cuisse. Les muscles eux-mêmes dégèrent partiellement et se raccourcissent dans la position que présente le membre; aussi l'attitude vicieuse persiste-t-elle, alors même que l'appareil musculaire a perdu toute influence active.

Lorsqu'on examine à cette période et dans le décubitus dorsal, un malade atteint de coxite, souvent il semble, à première vue, que le membre ne soit nullement en abduction et rotation en dehors, avec légère flexion, car il arrive rarement que l'extrémité du côté malade soit fixée en abduction, sans que cette déviation s'accompagne d'une inclinaison du bassin.

En effet, le malade a soin de masquer l'attitude vicieuse du membre par des mouvements appropriés du bassin et de la colonne vertébrale. Sous ce rapport, c'est la rotation du membre en dehors qui est la moins favorisée, car elle n'est presque jamais compensée entièrement par une rotation correspondante en avant du bassin du même côté. Par contre, si l'on examine le malade couché

horizontalement, on ne constate d'abord aucune trace de flexion. Afin que le membre, du côté de la coxalgie, repose horizontalement sur le lit, le patient incline en avant son bassin et donne à son rachis la courbure caractéristique de la lordose, de sorte que l'on peut introduire la main entre la surface du lit et la colonne lombaire. En outre, il rapproche du membre sain l'extrémité déviée en abduction, et dans ce but, il incline le bassin du côté malade. L'extrémité ainsi abaissée, avec le côté correspondant du bassin, paraît alors allongée, lorsqu'on la compare au membre du côté sain. Nous nous trouvons ainsi en présence d'un allongement apparent du membre, que l'on s'expliquait difficilement à une époque où l'on considérait cet allongement comme réel. Nous renvoyons au paragraphe 21 et aux figures qui s'y rapportent, pour tout ce qui concerne les attitudes vicieuses et les moyens dont nous disposons pour mettre en évidence et mesurer l'angle de flexion et celui d'abduction.

Il va sans dire que l'attitude du membre en abduction ne suffit pas à elle seule pour poser le diagnostic de coxite, car elle peut être déterminée, bien que rarement à un aussi haut degré, par d'autres processus morbides, soit dans la région de la cuisse, soit dans le bassin. Les inflammations siégeant en avant de l'articulation, telles que les adénites et les abcès péri-articulaires de la région du triangle de Scarpa, sont des affections rares, qui ne causent pas des difficultés de diagnostic bien sérieuses, et l'on peut en dire autant des abcès de la région du grand trochanter. Par contre, les processus inflammatoires intra-pelviens, et avant tout les abcès du psoas peuvent être une cause d'erreur; il est vrai que dans ces affections, l'abduction et la rotation en dehors atteignent rarement des degrés élevés, mais qu'on n'oublie pas qu'il en est assez souvent de même dans la coxite. C'est surtout à la période de début de l'abcès du psoas, que l'on peut se trouver dans l'embarras, d'autant plus que même à supposer qu'il soit la conséquence d'une affection de la colonne vertébrale, l'inspection et la palpation peuvent ne révéler aucune trace d'incurvation cyphotique. Dans nombre de cas, le doute ne peut être levé. Cependant il existe un moyen qui permet, le plus souvent, dans un cas d'abcès du psoas, d'exclure assez sûrement l'hypothèse d'une coxite. En effet, dans les processus inflammatoires en question, les mouvements de l'extrémité malade ne sont restreints que dans les limites de l'attitude vicieuse. Si l'on *fléchit plus fortement la cuisse, on constate que la flexion est relativement libre, et qu'il en est presque toujours de même des mouvements de rotation et d'abduction, dès que le degré de flexion du membre a été porté au-delà de la limite habituelle.*

Ce dernier signe de diagnostic nous conduit à une autre série importante de symptômes, à savoir ceux que fournit l'examen de l'état fonctionnel de l'articulation.

Lorsqu'on veut s'assurer si une articulation de la hanche est douée de mobilité, on fait coucher le malade, et l'on imprime à l'extrémité inférieure correspondante des mouvements passifs, avec la précaution de ne pas procéder par

secousses, mais d'exécuter d'une façon continue et sur une très petite étendue le mouvement que l'on veut examiner. Si l'on n'observe pas cette règle,

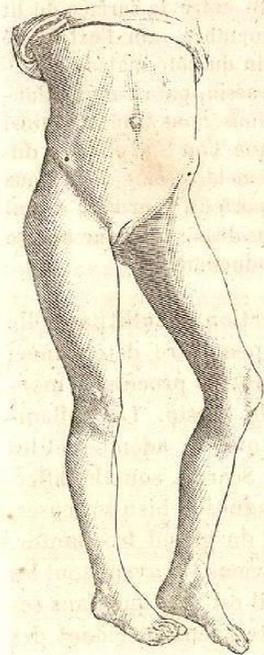


Fig. 36. — Coxite. Flexion, abduction et rotation du pied en dehors. — La flexion de la cuisse (90°) n'est qu'en partie compensée par la lordose lombaire, tandis qu'une autre partie n'est pas compensée, comme le montre l'état de flexion du genou. De même l'abduction n'est corrigée qu'en partie, par l'abaissement du bassin, du côté malade (position plus basse de l'épine iliaque antéro-supérieure); en effet, la cuisse, dans la figure présente encore un certain degré d'abduction. De même encore la rotation en dehors n'est que partiellement masquée par la rotation du bassin autour de son axe vertical, laquelle a pour effet de reporter en avant l'épine iliaque antéro-supérieure.

D'autre part, dans les endroits que nous venons de mentionner, il est bien rare que l'on constate l'absence totale

de la flexion de la cuisse (90°) n'est qu'en partie compensée par la lordose lombaire, tandis qu'une autre partie n'est pas compensée, comme le montre l'état de flexion du genou. De même l'abduction n'est corrigée qu'en partie, par l'abaissement du bassin, du côté malade (position plus basse de l'épine iliaque antéro-supérieure); en effet, la cuisse, dans la figure présente encore un certain degré d'abduction. De même encore la rotation en dehors n'est que partiellement masquée par la rotation du bassin autour de son axe vertical, laquelle a pour effet de reporter en avant l'épine iliaque antéro-supérieure.

Parfois les mouvements passifs sont absolument impossibles sans anesthésiation préalable du malade. Il importe, en effet, d'éliminer par ce moyen la douleur et la tension des muscles lorsqu'on veut s'assurer si l'on a réellement affaire à une ankylose. Sans cette précaution, il est impossible dans la plupart des cas, d'imprimer au membre les mouvements qui tendent à corriger son attitude vicieuse, c'est-à-dire ceux d'extension, d'adduction et de rotation en dedans. Par contre, on réussit presque toujours à augmenter le degré de flexion qui existe déjà, et lorsque le membre se trouve ainsi fléchi au delà de sa position habituelle, on parvient le plus souvent à opérer un mouvement modéré d'adduction. Les mouvements de rotation, au contraire, sont considérablement limités lorsqu'ils ne sont pas tout à fait abolis (voir plus haut).

Un autre examen qui a aussi son importance, c'est celui des phénomènes douloureux localisés au niveau de l'articulation. Parfois cette douleur est extrêmement intense, et s'accompagne alors souvent de secousses musculaires douloureuses également. Nous avons déjà signalé plus haut les points où l'on doit chercher la douleur à la pression, à savoir les régions antérieure et postérieure de l'articulation ainsi que le grand trochanter.

D'autre part, dans les endroits que nous venons de mentionner, il est bien rare que l'on constate l'absence totale

de gonflement. Au début ce dernier doit être cherché surtout en avant de l'articulation, où on le rencontre souvent, et où il existe même parfois à un degré suffisant pour soulever l'artère crurale. On ne devra pas négliger non plus de s'assurer si le col du fémur ou le grand trochanter sont le siège d'une tuméfaction, vu l'importance de cette dernière pour le diagnostic des coxites ayant leur point de départ dans l'os. Ce n'est que plus tard, en général, que l'on observe une intumescence de la région postérieure de la hanche, surtout manifeste dans les cas avancés de coxite avec amaigrissement et agrandissement de la cavité cotyloïde aux dépens de son rebord postérieur; on constate alors dans la région en question, une sorte de tumeur donnant au doigt la sensation d'une masse fibreuse de consistance assez dure (voir § 43). Parfois, pendant longtemps, il s'agit plutôt d'un empâtement avec tension plus ou moins forte des téguments. Finalement la tumeur devient élastique, et l'on voit bientôt se former un ou plusieurs abcès d'étendue variable. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur la question de ces abcès et de la fièvre qui les accompagne.

La fesse du côté malade est aplatie, grâce à la rotation du membre et à l'atrophie qui ne tarde pas à se produire. Le pli fessier est abaissé d'une quantité correspondante à l'allongement apparent du membre.

§ 43. — Au début de nos considérations sur l'attitude typique de la coxite nous avons fait remarquer que l'abduction avec rotation en dehors et légère flexion ne s'observe pas nécessairement dans tous les cas. Nous ajoutons ici qu'elle se produit à des degrés très divers. L'attitude vicieuse la plus constante est l'abduction et la rotation en dehors, tandis que la flexion peut faire défaut. Parfois l'affection coxitique ne se manifeste au début que par une rotation du membre en dehors. Mais ce qui varie encore beaucoup plus, c'est la manière dont se comporte l'extrémité du côté malade dans les stades ultérieurs, lorsque la guérison ne s'opère pas dans la période initiale. Le membre peut rester dans l'attitude décrite plus haut, tout en subissant peu à peu un raccourcissement réel. Nous examinerons ce cas tout à l'heure à propos de la luxation spontanée, et nous verrons qu'au point de vue anatomo-pathologique, il correspond le plus souvent à une perte de substance de la paroi postérieure de l'acétabulum, ou à une destruction rapide de la tête fémorale (carie sèche). Lorsque l'extrémité malade est abandonnée à elle-même, à la période d'abduction en succède souvent une autre bien typique dans laquelle l'attitude du membre est précisément l'inverse de celle que nous venons de décrire. L'extrémité se porte, en effet, peu à peu en adduction avec rotation en dedans et forte flexion. Il va sans dire que cette attitude s'observe aussi, mais passagèrement, lorsque l'arthrite coxo-fémorale s'est compliquée d'une véritable luxation.

Le mécanisme qui préside à cette nouvelle attitude n'est pas non plus parfait.