

débuté par la synoviale? En général, nous devons répondre négativement à cette question. Dans quelques cas très rares, il est vrai, le diagnostic d'ostéo-arthrite est possible. On a prétendu que la forme osseuse de coxite entraîne déjà de bonne heure l'attitude d'adduction du membre. Cette assertion est quelque peu fondée en ce sens que, comme nous l'avons dit plus haut, les formes de coxite les plus graves sont, en général, celles dans lesquelles le membre se met en adduction. Dans ces cas, en effet, le malade a été obligé, dès le début, de garder le lit ou de se servir de béquilles pour marcher. Cependant, l'attitude d'adduction est aussi parfaitement compatible avec une affection grave des os. Sans doute, ce n'est que par un effet du hasard que j'ai vu assez souvent la période d'adduction persister indéfiniment, et cela précisément dans les formes osseuses les plus graves d'arthrite coxo-fémorale. Quoi qu'il en soit, la plupart des observateurs reconnaissent que la période d'adduction peut apparaître de bonne heure, aussi bien dans la forme de coxite qui débute par la synoviale que dans celle qui a pour point de départ un foyer osseux. Néanmoins, il s'agit ordinairement d'une affection osseuse grave lorsque la coxite s'accompagne d'emblée d'une contracture du membre en adduction et d'une grande sensibilité de l'articulation. L'augmentation de volume du grand trochanter, la présence de fistules dans la région de cette apophyse, surtout lorsque le stylet boutonné arrive directement dans l'os, sont des signes assez sûrs d'une affection primitive. Lorsque ces signes font défaut et que, par conséquent, nous ne sommes pas en état de reconnaître si l'arthrite a débuté par les os, nous ne pouvons tirer de l'examen du membre que des conclusions générales se rapprochant plus ou moins de la vérité, et se rapportant aux lésions destructives probables des cartilages et des surfaces osseuses articulaires. Ces conclusions nous les tirons, d'une part, de la violence des symptômes et de la durée de la maladie, et d'autre part, de l'attitude de la cuisse relativement au bassin. Nous savons que le ramollissement des extrémités articulaires, conséquence du processus morbide, ajoute ses effets à ceux de la pression qu'exerce la tête fémorale sur les parois de la cavité cotyloïde. Cette double action se manifeste dans des points assez bien déterminés en rapport avec l'attitude vicieuse du membre. Lorsque ce dernier est dans l'adduction, la partie interne de la tête fémorale s'appuie contre la partie interne de l'acétabulum, tandis que, dans l'abduction, c'est le segment externe de la tête articulaire qui exerce une pression contre le bord externe ou postérieur de la cavité cotyloïde. Or, dans l'attitude d'abduction, la partie interne de la tête du fémur s'appuie non pas contre le rebord dur du cotyle, mais bien contre le coussinet mou situé dans le voisinage de l'insertion du ligament rond; par contre, dans l'adduction, la surface de la tête fémorale presse contre le rebord cotyloïdien lui-même; il est donc parfaitement admissible que cette dernière pression détermine plus rapidement un agrandissement de l'acétabulum en ar-

rière et un décubitus ulcéreux de la tête articulaire (PASCHEN). Ces effets de la pression dans un endroit tout à fait déterminé, changent naturellement dès que les surfaces osseuses en contact ont subi des pertes de substance qui ont modifié les points de pression réciproque, ainsi que l'action des parties tendues de la capsule. On fait grand cas, en général, d'un signe objectif qui, il est vrai, lorsqu'il existe, permet de poser le diagnostic de « carie » dans le sens indiqué plus haut, à savoir la *crépitation* qui se produit lorsque, le malade ayant été préalablement chloroformé, on imprime au membre des mouvements passifs. A en juger d'après mes propres observations, ce symptôme ne s'observe que dans la minorité des cas. On ne doit pas oublier, en effet, que, le plus souvent, les parties osseuses en contact sont recouvertes d'une couche de granulations, et ne sont pas dénudées et rugueuses comme on l'observe sur les pièces anatomiques qui ont été soumises à la macération. D'ailleurs, il va sans dire que l'on ne doit pas se permettre des mouvements forcés étendus n'ayant d'autre but que de préciser le diagnostic.

§ 45. — Les processus que nous venons de décrire passent, par transition lente, à la période de la coxite dans laquelle les résultats de l'examen objectif nous permettent de conclure à la **destruction des extrémités articulaires**.

Les phénomènes cliniques de cette destruction consistent dans le *déplacement du grand trochanter au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton* et dans un *raccourcissement du membre*. Que la tête fémorale soit en partie conservée, ou qu'elle soit détruite ou ait subi un décollement épiphysaire, les symptômes que nous venons de mentionner indiquent que le fémur a perdu ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde, laquelle, du reste, participent également, dans la majorité des cas, aux phénomènes de destruction.

De cette définition il résulte déjà que nous ne pouvons strictement donner le nom de « **luxation** » à tous ces déplacements du membre. Il est vrai que l'on observe dans la coxite une forme de déplacement se produisant sans altération notable des extrémités articulaires, à la suite d'une cause traumatique relativement légère, mais en somme, la plupart des **luxations dites spontanées** sont la conséquence d'une destruction des parties osseuses articulaires, et le déplacement s'opère alors peu à peu ou à la suite d'un léger trauma. Dans ce dernier cas on peut déjà plutôt parler de luxation, car le déplacement se produit subitement, et il correspond au point de vue clinique, à la luxation iliaque de cause traumatique. Par contre, d'autres formes de déplacement se présentent avec des symptômes qui rappellent beaucoup plus la fracture du col du fémur que la luxation. En effet, dans un certain nombre de cas, le déplacement procède directement de la rotation en dehors et de l'abduction; le membre subit peu à peu un raccourcissement réel, et le trochanter s'élève au-dessus de la ligne ilio-ischiatique. C'est ce qu'on observe le plus

nettement dans les cas assez peu fréquents, il est vrai, de *destruction lente de la tête articulaire par la carie sèche*. Parfois même l'analogie avec la fracture du col est encore plus frappante lorsque, dans la coxite d'origine osseuse, une ostéomyélite détermine tout à coup un **décollement de l'épiphyse**. Du reste, dans les cas d'agrandissement de la cavité cotyloïde en haut et en arrière, avec usure concomitante de la tête fémorale, cette dernière glisse aussi assez souvent dans cette direction, sans que le membre passe de l'attitude d'abduction à celle d'adduction.

Dans tous ces cas on devra bien se garder de l'erreur qui consiste à ne pas reconnaître le raccourcissement du membre, erreur dans laquelle on peut tomber, en effet, lorsque, grâce à la persistance de l'attitude d'abduction, l'allongement apparent l'emporte sur le raccourcissement réel. Admettons, par exemple, que pour compenser l'abduction, le bassin doive s'abaisser de 4 cent. du côté correspondant, et que le membre se trouve, par conséquent, allongé en apparence de cette même quantité avant le déplacement du trochanter, puis supposons que ce dernier s'élève de 2 centimètres au-dessus de la ligne ilio-ischiatique; il est clair que, dans ces conditions, l'extrémité conservera un allongement apparent de 2 centimètres. Le raccourcissement réel est ici démontré par la position élevée du trochanter ainsi que par l'inclinaison du bassin: tandis que du côté malade, l'épine iliaque antéro-supérieure est de 4 centimètres plus basse que celle du côté sain, l'allongement du membre n'est que de 2 centimètres.

Les formes de déplacement qui se produisent dans l'attitude d'adduction rappellent, par contre, plus ou moins, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le tableau clinique de la luxation iliaque traumatique. En général, on est autorisé à admettre que plus les symptômes offrent ce caractère, et plus le mécanisme de l'attitude vicieuse du membre ressemble à celui de la luxation traumatique, en ce sens que les différentes parties constituantes de l'articulation, à savoir la tête fémorale et la cavité cotyloïde comme aussi l'appareil ligamenteux (ligament de Bertin), n'ont pas subi d'altérations destructives très étendues. C'est le cas lorsque l'état de roideur du membre en adduction et rotation en dedans persiste même dans l'anesthésie, que le grand trochanter fait saillie en dehors, que l'on sent nettement la tête fémorale sur l'os iliaque, et qu'enfin l'anamnèse démontre que l'aggravation de la déformation avec roideur du membre et élévation du trochanter au-dessus de la ligne Roser-Nélaton, ont succédé tout à coup à un mouvement d'adduction, le malade étant dans son lit. De véritables luxations produites par de très légers mouvements d'adduction, alors que la capsule est distendue par du liquide, s'observent parfois à la période initiale de la coxite infantile, lorsque cette affection s'accompagne déjà de bonne heure d'une abondante suppuration, avec un pus offrant les caractères de celui des abcès froids. Les granulations qui, on le sait, sont la cause es-

sentielle du ramollissement de l'os, et qui aidées de la compression locale, déterminent la destruction des surfaces articulaires, peuvent rester ici très limitées, et la luxation se produit sous l'influence d'un léger trauma, grâce à l'agrandissement de la cavité synoviale, au relâchement et au peu de résistance de la capsule (voir plus loin). Dans d'autres cas, la tête articulaire qui a été détruite jusque dans le voisinage de la ligne épiphysaire, s'appuie contre le rebord de l'acétabulum qui n'a pas subi de perte de substance notable; on peut dire alors que l'on a affaire à une luxation sur le rebord cotyloïdien. Enfin ce dernier peut avoir subi une perte de substance considérable (migration du cotyle), et la tête articulaire qui presque toujours est aussi en partie détruite, glisse en haut et en arrière dans la nouvelle cavité, tandis que la cuisse se met en adduction.

Dans ces cas également le phénomène du raccourcissement est, en général, complexe. Comme la luxation s'est produite alors que le membre était en adduction, il en résulte que ce dernier présentait déjà le plus souvent un raccourcissement apparent dû à l'élévation du bassin du côté malade. Admettons que cette élévation soit de 4 centimètres et que, par conséquent, le raccourcissement apparent soit aussi de 4 centimètres. Supposons, d'autre part, que dans une autre mensuration pratiquée plus tard, nous trouvions un raccourcissement du membre de 6 centimètres, tandis que l'élévation du bassin est restée la même; si alors nous menons la ligne ilio-ischiatique, et que nous trouvions le trochanter remonté de 2 centimètres au-dessus de cette ligne, nous en concluons qu'il existe un raccourcissement apparent de 4 centimètres et un raccourcissement réel de 2 centimètres.

Nous devons revenir encore une fois sur les luxations qui, dans le cas d'épanchement intra-capsulaire, sont la conséquence d'une cause traumatique insignifiante. Nous avons déjà fait remarquer qu'elles se produisent dans quelques rares cas au début de la coxite chronique.

Un enfant qui, au dire de ses parents, boitait légèrement depuis 15 jours seulement, fit une chute du haut d'une chaise, et il en résulta une luxation iliaque qui fut traitée et réduite comme une luxation traumatique. Le petit malade, fort négligé par son entourage, marcha encore pendant six mois en boitant modérément, et fut alors conduit à l'hôpital; je constatai les signes certains d'une coxite, et put me convaincre ensuite qu'il s'agissait d'une synovite avec suppuration abondante.

Dans la grande majorité des cas où la luxation se produit de bonne heure à la suite d'une cause traumatique légère, et alors que la tête fémorale n'est pas encore détruite, il s'agit, comme nous l'avons démontré, d'une affection du fond de la cavité cotyloïde avec formation abondante de granulations à ce niveau. Ces granulations qui se développent en masse sous la forme d'une tumeur, chassent en quelque sorte la tête