

la douleur se fit bientôt sentir de nouveau. Trois mois après, il lui survint un dépôt symptomatique, qui s'ouvrit et dégénéra en *fistule* le cinquième mois. Vers la fin de l'année, il vint me consulter; je lui trouvai l'extrémité raccourcie d'un demi-pouce, et tous les signes d'une carie dans la cavité cotyloïde, sans déplacement du fémur. Je lui conseillai l'usage des moyens propres à favoriser l'ankylose, et je ne l'ai plus revu.

OBS. LXVI. — *Coxalgie, suite de fatigue, allongement. Guérison complète*<sup>1</sup>. — Geoffroy, vingt-neuf ans, venait de faire une route longue et pénible; depuis deux jours il ne s'était point arrêté, quoiqu'il sentit, vers la hanche gauche, une douleur qui enfin le mit hors d'état de continuer sa route. Entrée à l'hôpital, 20 avril 1855. Saillie du grand trochanter, élongation bien imprimée, vive douleur à l'articulation; tels sont les signes qui font reconnaître une inflammation de l'articulation coxo-fémorale.

Deux saignées dans le jour. Forte application de sangsues; cataplasmes; diète sévère. Lendemain et surlendemain, saignées; le jour suivant, sangsues.

La résolution fut complète; au sixième jour, plus d'allongement. Le malade sortit.

## QUATRIÈME PARTIE

### SYMPTOMES

#### CHAPITRE PREMIER

##### DOULEUR.

C'est ordinairement le premier phénomène de la coxalgie.

##### § 1<sup>er</sup>. — Siège.

Elle se manifeste tantôt au-dessous, tantôt au niveau de la hanche, souvent au pli de l'aîne; d'autres fois, et le plus souvent même, dans la coxalgie de nature scrofuleuse, elle se propage dans une étendue plus ou moins considérable du membre, au genou par exemple, et même jusqu'à la pointe du pied.

Cette observation n'avait point échappé aux anciens, Paul d'Égine<sup>2</sup> surtout l'avait déjà parfaitement indiquée. Dans quel-

<sup>1</sup> Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*, p. 270; 1855.

<sup>2</sup> *Loc. cit.*, voyez *Notes histor.*

ques circonstances, cette douleur sympathique, comme l'appelle M. Gerdy<sup>1</sup>, acquiert une telle intensité qu'elle masque complètement l'affection de la hanche, et que bien des praticiens ont traité leurs malades pour des tumeurs blanches, qui n'existaient pas dans le lieu où ils les supposaient. Cette douleur sympathique a du reste des caractères variés: tantôt, ainsi que le dit Boyer, elle n'est point exaspérée par la pression; d'autres fois on a noté le contraire. M. Bérard<sup>2</sup> a eu l'occasion de voir une femme qui jetait les hauts cris dès qu'on approchait la main du genou, et chez laquelle cependant on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion, si ce n'est dans la hanche.

M. Bermond<sup>3</sup> a cherché à préciser ces modifications, et essayé de les rattacher à la nature même de la maladie. « De nombreuses questions adressées au malade, dit-il, m'ont appris que dans l'espèce rhumatismale la douleur était transmise au genou par les tendons des muscles qui, partis du bassin ou du fémur, vont s'implanter au genou; ils indiquaient constamment avec la précision d'un anatomiste ou bien les tendons formant la patte d'oie sur le tibia, ou la corde tendineuse du troisième adducteur.

« Dans l'espèce scrofuleuse, c'était plutôt par l'organe médullaire que la douleur momentanée ou persistante était propagée par continuité ou par sympathie à l'articulation du genou. Le patient ne manquait jamais de circonscrire toute la douleur aux condyles du fémur de même qu'il désignait exclusivement la mortaise tibiale du cou-de-pied, si le genou était frappé d'arthrocace. Enfin, dans d'autres circonstances l'irradiation de la douleur aux parties inférieures suivait la direction des cordons nerveux, depuis le grand trochanter jusqu'à la malléole externe, et se rattachait évidemment à une *névrose*. »

Dans sa thèse inaugurale<sup>4</sup>, M. Richey adopte la deuxième explication de M. Bermond, il la confirme par des expériences

<sup>1</sup> *L'Expérience* (Rapport sur une observation de M. Ballot), t. V, p. 82.

<sup>2</sup> *Dict.* en 50 vol., t. XV, p. 15.

<sup>3</sup> *Gazette méd.*, t. IX, p. 822.

<sup>4</sup> Page 58.

desquelles il résulte qu'à l'état sain, les deux extrémités des os longs communiquent par le moyen du canal médullaire, et par des observations qui prouvent que la maladie peut, en suivant cette voie, se transmettre de l'une à l'autre. « Tous les praticiens, dit-il, savent que dans la coxalgie, souvent la douleur est aussi vive, pour ne pas dire plus vive, dans le genou que dans la hanche; or, il me semble que l'on se rend très-bien compte du phénomène en songeant à cette facile propagation de la maladie d'une extrémité articulaire à l'autre; et la meilleure preuve que l'on puisse invoquer, c'est d'une part les douleurs qui suivent le trajet de l'os, et qui courent, selon l'expression des malades, tout le long du membre; et d'autre part l'empâtement, la tuméfaction que l'on observe quelquefois autour de l'articulation qui est le siège de la douleur.

Cette explication me semble assez rationnelle, elle rend compte d'un grand nombre de faits, de ceux surtout mentionnés par M. Gerdy<sup>1</sup>. « Il est très-commun, dit ce professeur, de voir la douleur se manifester même très-vive dans l'articulation placée au-dessous de celle qui est réellement affectée. Cette année 1859, à l'hôpital de la Charité, nous avons vu bien des fois le même phénomène, et entre autres chez trois malades en même temps; l'un avait une maladie de la hanche, et se plaignait exclusivement du genou; le second avait le genou affecté et souffrait du cou-de-pied; le troisième, qui était une jeune femme, avait une tumeur blanche du coude, et se plaignait du poignet. Néanmoins tous les trois souffraient de la jointure malade, quand on y déterminait des mouvements, et dans certains endroits quand on y exerçait une compression plus ou moins forte.

Toutefois nous devons rappeler ici l'opinion de M. Gerdy lui-même, opinion d'un poids immense dans cette question, quand on songe que ce professeur s'est depuis longues années livré à des recherches spéciales sur les maladies des os.

« A quoi, dit ce professeur, peut tenir la souffrance d'une

<sup>1</sup> *L'Expérience*, t. V, p. 82.

articulation inférieure à la jointure malade? C'est un fait que nous ignorons complètement. Mais comme les parties intermédiaires ne souffrent point et qu'il n'est pas possible de l'expliquer par la continuité ni par la contiguïté des parties, voilà pourquoi j'ai dit que c'était un phénomène sympathique, et c'est, en effet, le caractère des phénomènes indépendants de la contiguïté et de la continuité des parties voisines; car s'ils tenaient à l'un de ces deux modes de connexion, ils ne seraient pas plus sympathiques que les battements du pouls ne le sont de ceux du cœur.

« La douleur locale qui s'est à peu près développée dans toute la cuisse<sup>1</sup>, n'était si aiguë que parce qu'elle précédait et accompagnait un travail de suppuration considérable, que parce qu'elle accompagnait un phlegmon aigu. Elle était plus vive encore par les mouvements que par le palper pratiqué sur le membre malade, parce qu'elle avait son siège dans les muscles en même temps que dans le périoste, mais *il n'est pas certain qu'elle se manifeste dans le fémur lui-même*, car les os enflammés et suppurants souffrent assez rarement. »

Il est quelques cas enfin auxquels on peut appliquer l'explication proposée par M. Cruveilhier. Ce professeur, considérant la distribution du nerf obturateur à l'articulation coxo-fémorale, ainsi qu'à celle du genou<sup>2</sup>, pense que la douleur peut suivre ce trajet pour se propager de l'une à l'autre. Cependant, pour les cas au moins qui ne rentrent pas dans l'explication soutenue par M. Richet, il est peut-être plus prudent de dire, avec M. Gerdy, que c'est un phénomène sympathique, ou bien encore un phénomène non expliqué d'une manière satisfaisante.

## § II. — Intensité.

L'intensité de la douleur coxale ou de la douleur sympathique peut offrir tous les degrés imaginables. Il n'est pas rare de voir

<sup>1</sup> M. Gerdy parle du malade de M. Ballot.

<sup>2</sup> Cruveilhier, *Anatomie descript.*, t. IV, p. 840.

des enfants, affectés d'une coxalgie commençante, continuer à marcher, à courir même; on observe à peine une légère claudication, encore les malades eux-mêmes restent-ils longtemps sans s'en apercevoir. Chez les tout petits enfants, m'a dit mon collègue et ami M. Guersant fils, cette douleur est si fugace que des mouvements même très-étendus et très-variés ne provoquent aucune plainte; il faut, pour la rendre manifeste, user de certaines précautions, employer certaines manœuvres. Celle qui lui a le plus souvent réussi, consiste à imprimer au membre de légers mouvements de rotation en dehors et en dedans, la cuisse étant légèrement fléchie; il arrive un moment où la douleur se fait sentir plus vive, et arrache un cri à l'enfant; c'est pour M. Guersant un signe diagnostique d'une grande importance; nous y reviendrons plus tard.

D'autres fois, au contraire, elle acquiert une intensité terrible; le moindre mouvement volontaire ou communiqué, la moindre pression arrache au malade des cris déchirants. N'éprouvant de repos que dans une immobilité presque absolue, le malade redoute tout ce qui le force à changer de position; l'ébranlement du lit, le froissement des couvertures suffit pour réveiller les crises douloureuses.

Toutes les nuances d'intensité peuvent se rencontrer entre ces deux extrêmes; en général, cette intensité se trouve en rapport avec la période de la maladie, la rapidité de sa marche, les causes qui l'ont produite. Au début, la douleur est généralement peu vive; souvent elle ne se fait sentir que d'une manière sourde et profonde, elle ne se manifeste que par intervalle, et semble, dit M. Bérard, tenir des douleurs rhumatismales dont elle a le caractère et la forme erratique.

Peu à peu elle augmente, devient fixe, empêche les mouvements spontanés de s'exécuter, rend la progression difficile, et contribue par conséquent au phénomène complexe de la claudication. Elle acquiert ordinairement toute son acuité vers le milieu de la maladie, à l'époque où la suppuration se forme; puis, après la rupture de la capsule, ou l'issue du liquide purulent, son intensité décroît.

On pourrait croire, d'après cet exposé, que l'intensité de la douleur est constamment liée à l'altération des os; il n'en est rien. Les observations nous montrent des altérations débutant par les parties osseuses, ayant même produit des désordres considérables, sans que le malade eût éprouvé aucune douleur; tandis que, d'autres fois, dès le début et sans qu'il paraisse y avoir encore de désordres notables, la douleur est extrêmement vive: ce sont là cependant des faits exceptionnels.

La douleur est assez ordinairement liée à la marche de l'affection. Une coxalgie lente et chronique qui ne parcourt ses diverses périodes qu'avec lenteur, n'est ordinairement point accompagnée de vives douleurs; tandis que celle dont toutes ses périodes se pressent, et qui, dans l'espace de quelques semaines, produit la désorganisation de la hanche, donne le plus souvent lieu à des douleurs atroces.

On comprend que la cause peut avoir aussi de l'influence sur l'intensité de la douleur coxalgique. Presque toujours, quand la maladie est due à une contusion violente, par chute sur la région trochantérienne, les genoux ou les pieds, la douleur est immédiatement très-vive; elle se calme ensuite peu à peu, et reprend plus tard une nouvelle intensité quand l'inflammation secondaire se manifeste.

Quand, au contraire, la maladie survient sans cause appréciable, la douleur est d'abord sourde et profonde, et ne progresse qu'avec lenteur.

La cause syphilitique imprime ici son cachet à la douleur, comme dans la plupart des affections développées sous son influence; dans quelques observations, en effet, on a constaté l'existence de douleurs nocturnes.

### § III. — Continuité.

En général, la douleur, même quand elle présente une certaine intensité, ne se manifeste pas d'une manière continue: ce sont les mouvements spontanés ou communiqués, les pressions directes sur les parties molles voisines de l'article, sur le

trochanter ou sur l'extrémité du membre, qui la réveillent. Il en est de même de certaines positions du membre dans lesquelles la capsule se trouve tendue ou relâchée. On a profité de cette circonstance pour aider le diagnostic, parfois si difficile, de la coxalgie à son début.

Quand les mouvements spontanés restent indolents, des mouvements un peu brusques, un peu étendus, peuvent réveiller la douleur. Nous avons vu quel parti M. Guersant fils a su tirer de la douleur sollicitée par des mouvements de rotation brusques et répétés. Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que des pressions latérales sur les deux trochanters, des pressions verticales de bas en haut sur le genou, sur la plante du pied, ont souvent servi à rendre ce symptôme plus manifeste; l'exploration directe, la palpation de l'articulation au-dessous du pubis, comme le signale Samuel Cooper, au-dessus du trochanter et derrière cette apophyse, ne sont point non plus à négliger.

Il serait à désirer que nous eussions un moyen infaillible de distinguer la douleur sympathique du genou de la douleur due à une altération réelle; mais, jusqu'ici, la plupart des signes donnés par les auteurs ne remplissent qu'imparfaitement leur objet. Nous avons vu que le signe donné par Boyer, la non-exaspération par la pression, n'est pas exact; l'absence de gonflement, signe plus important, n'a pas non plus été observé dans tous les cas.

## CHAPITRE II

### ALTÉRATION DANS LES MOUVEMENTS DE L'ARTICULATION.

Ce signe est peut-être le plus constant de ceux qu'on observe dans la coxalgie; il se manifeste dès le début de l'affection, avant même que l'attention du malade ait été éveillée par la douleur. Il n'est pas rare de voir des enfants qui, déjà sous l'influence d'une coxalgie commençante, n'en continuent pas moins de se livrer aux jeux et aux exercices propres à leur âge,

sans accuser encore aucune douleur, et chez lesquels cependant l'œil perspicace d'une mère ou d'un médecin aperçoit déjà quelque incertitude dans la démarche.

A cette période, l'exploration, même la plus attentive, permet à peine de reconnaître quels sont les mouvements qui se trouvent gênés ou amoindris. Ce n'est qu'en voyant le malade marcher que l'on reconnaît cette altération.

Chez les petits enfants qui n'offrent pas la ressource de la marche, la chose est plus difficile encore.

M. Guersant fils a bien voulu me communiquer un moyen de diagnostic qu'il emploie avec le plus grand avantage, depuis plusieurs années, à l'hôpital des Enfants. Ce signe consiste dans une certaine roideur qui existe dans les mouvements de rotation de la cuisse. Pour le percevoir, on explore successivement, en les comparant, les mouvements du membre sain et du membre malade, et, avec un peu d'habitude, on distingue dans ce dernier une roideur manifeste.

Plus tard, les mouvements se limitent de plus en plus; celui d'extension surtout et celui de latéralité paraissent évidemment plus bornés; et, pour marcher ou courir, les malades, obligés d'emprunter à l'articulation lombo-pelvienne ou coxo-fémorale de l'autre côté ce qui manque aux mouvements du côté malade, présentent dans leur démarche un aspect tout particulier, et qui souvent, à lui seul, peut faire présumer l'existence de la coxalgie.

Enfin, il arrive un moment où les mouvements sont limités dans des bornes si étroites, que la cuisse semble ankylosée sur le bassin.

Les causes qui peuvent amener ce résultat sont de plusieurs ordres: au premier rang se place la douleur. Nous avons établi précédemment que ce phénomène était généralement exagéré par la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, par les mouvements spontanés ou communiqués; or, il est facile de comprendre que, pour se soustraire à cette sensation pénible, le malade devra limiter de lui-même et instinctivement les mouvements de l'articulation, et que cette limite, pour ainsi