

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

dire volontaire, sera soumise à l'intensité de la cause, par conséquent aussi au degré d'irritation dont les parties articulaires seront le siège. La douleur, comme on le comprend bien, n'agit ici que comme cause excitatrice, et c'est aux muscles que l'on doit véritablement rapporter la limitation des mouvements. Ces organes se contractent pour ainsi dire instinctivement, et comme leur intervention est à chaque instant sollicitée, bientôt ils prennent l'habitude de cette nouvelle fonction et s'y accommodent, de sorte qu'on les voit, au bout d'un certain temps, affectés d'une véritable contracture. Cette contracture n'est pas la même chez tous les muscles groupés autour de l'articulation; elle n'affecte d'abord que ceux qui se trouvent dans la sphère des mouvements douloureux, et ce n'est que par l'extension graduelle de cette sphère qu'un plus grand nombre de muscles se trouvent ainsi contracturés. Le *tissu cellulaire* intermédiaire ne tarde pas à participer à l'altération : le défaut de mouvement lui permet de revenir sur lui-même, lui fait perdre son extensibilité, sa souplesse, puis, comme nous le verrons plus bas, à cette cause primitive vient se joindre, dans une période plus avancée, l'influence de l'inflammation chronique qui a envahi tous les tissus, les muscles, les ligaments eux-mêmes.

Il est une autre cause, moins connue des auteurs contemporains, et signalée récemment dans plusieurs mémoires remarquables, par M. Bonnet, de Lyon¹, et Parise² : c'est la distension de la capsule par un liquide.

Nous aurons occasion plus tard de revenir sur les expériences curieuses entreprises par ces observateurs; pour l'instant, il me suffit de dire que si, sur un cadavre, on injecte avec force un liquide dans la cavité coxo-fémorale, le fémur se porte dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, et y reste fixé; toute tentative pour exécuter les mouvements opposés rompant la capsule, à moins que le liquide ne s'écoule. Ces expériences ont donné constamment les mêmes résultats à leur auteur. Pour

¹ Bonnet, *Gazette méd.*, t. VIII, p. 721. (Mémoire sur les positions des membres dans les maladies articulaires.)

² Parise, *Arch. gén. de méd.*, troisième série, t. XV, p. 1.

ma part, je les ai répétées et me suis convaincu de leur exactitude.

Or, relativement à la diminution des mouvements, il est facile de voir que cette accumulation considérable de liquide peut les abolir d'une manière complète, et fixer le membre immobile dans une certaine position. Une quantité moins considérable entraînera seulement de la gêne; c'est du reste ce que mes expériences m'ont démontré : en répétant les injections par le procédé de M. Bonnet, j'ai vu que la mobilité diminuait graduellement en raison de la quantité de liquide que je faisais pénétrer.

À la rigueur, on peut concevoir, par cette explication, une gêne plus ou moins prononcée des mouvements, sans nullement faire intervenir la douleur.

Cependant, en réalité, ces deux causes doivent être le plus souvent réunies.

Ce n'est pas seulement une accumulation de liquide qui peut amener le résultat dont nous parlons; toute production, charnue ou autre, développée au fond de la cavité cotyloïde, me paraît apte à jouer le même rôle.

Les circonstances dont nous venons de parler agissent surtout au début de la maladie; mais plus tard, quand l'article est envahi par une désorganisation plus avancée, les muscles sont contracturés, le tissu cellulaire qui les enveloppe transformé en un tissu lardacé par l'inflammation chronique; des brides fibreuses se sont développées dans les parties voisines, enfin les os eux-mêmes ont leurs surfaces articulaires détruites, leurs rapports sont altérés, ou bien ils ont contracté des adhérences anormales, soit entre eux, soit avec les parties voisines. C'est alors que l'immobilité est véritablement fixe et que les moyens résolutifs, antiphlogistiques et autres ne sont plus suffisants; que les moyens chirurgicaux, au contraire, trouvent leur indication.

Nous avons parlé de la diminution dans les mouvements de l'article; il est des cas où les mouvements se trouvent pervertis : tel est le cas où le mouvement se fait de haut en bas et de bas en haut, de manière à produire alternativement l'allongement

et le raccourcissement, ainsi qu'on l'a observé dans quelques cas rares de luxation spontanée dans la fosse iliaque.

Une remarque bien importante à faire à l'occasion de ce signe, c'est qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par un examen superficiel. On voit des malades dont le membre, à peu près immobile dans son articulation coxo-fémorale, peut encore exécuter des mouvements assez étendus de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction; mais en examinant avec soin, on ne tarde pas à reconnaître que ces mouvements se passent dans l'articulation coxo-fémorale du côté opposé et dans l'articulation des dernières vertèbres lombaires : c'est le bassin qui se meut et non le fémur. Les moyens à l'aide desquels nous pouvons arriver à ce diagnostic sont fort simples, ils consistent à fixer solidement le bassin, pendant qu'on cherche à imprimer au membre des mouvements en sens divers.

Il n'est pas aussi facile de reconnaître à quelles lésions anatomiques est due l'altération de la mobilité; cependant, quand la douleur seule s'oppose aux mouvements, on peut, en agissant avec précaution, parvenir à faire mouvoir le membre. Lors, au contraire, qu'il s'y joint une cause mécanique située dans les muscles, dans les tissus fibreux et cellulaire ou dans la capsule synoviale, on se sent arrêté d'une manière immuable, à moins d'efforts qu'il ne faut jamais employer dans une simple exploration.

Nous indiquerons en passant un symptôme assez rare, que l'on n'observe guère que dans certains cas exceptionnels de coxalgie; je veux parler de la crépitation développée dans l'article par les mouvements de la cuisse : ce phénomène a été noté dans plusieurs de nos observations. Il semble avoir été le résultat du frottement des parties cariées ou dépouillées de leurs cartilages.

CHAPITRE III

DÉFORMATION DU MEMBRE.

Sous cette dénomination nous ferons rentrer l'augmentation

ou la diminution de volume; l'augmentation, la diminution de longueur; les déviations diverses.

ARTICLE PREMIER

ALTÉRATIONS DANS LE VOLUME.

§ 1^{er}. — Augmentation.

Dans la première période de la maladie, le gonflement consiste en un engorgement lent et chronique du tissu cellulaire; ce n'est pas au début qu'on l'observe, mais bien à une époque plus avancée. Il indique toujours la propagation du mal aux parties antérieures : en général, le gonflement commence par l'aîne, dont le pli s'efface; il envahit ensuite le pourtour du fémur à sa partie supérieure.

Ce gonflement n'est pas ordinairement aussi considérable qu'il paraît au premier coup d'œil, parce qu'il coïncide avec un certain degré d'amaigrissement de la partie inférieure du membre.

D'autres fois même, ainsi que l'a signalé Brodie¹, « la forme de la fesse change d'une manière notable; elle dépérit, est moins bombée : elle n'a plus alors sa convexité ordinaire; elle ne présente qu'une surface aplatie; elle est flasque au toucher; sa consistance mollasse l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle présente ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé. Dans très-peu de cas, ajoute le même auteur, à une période avancée de la maladie, la fesse est réellement plus étendue, et si on la mesure attentivement, il ne doit pas y avoir de différence entre celle d'un côté et celle du côté opposé. L'altération dans sa forme peut dépendre ici de la position que le malade a l'habitude de garder étant debout; mais la cause principale doit être attribuée à l'appauvrissement des muscles fessiers par faute d'exercice. »

« Cette altération dans la forme et le volume de la fesse, ajoute M. Marchant, est un symptôme; mais, en lui-même, il

¹ Brodie, p. 108; notes, p. 109.