

de la cavité cotyloïde vers le milieu de l'échancrure postérieure, par la dépression qui donne attache au ligament rond, le raccourcissement est égal à la hauteur du rayon fémoral, c'est-à-dire environ vingt-cinq millimètres. Lorsque la luxation est complète, le raccourcissement augmente à mesure que l'os déplacé s'élève dans la fosse iliaque.

Indépendamment de ces causes principales de raccourcissement, il en est d'autres, moins fréquentes, il est vrai, mais qui, cependant, méritent d'être notées.

1° *Inclinaison du col du fémur.* — Dzondi¹ rapporte qu'il a observé plusieurs fois l'abaissement de la tête du fémur et du col, porté au point que ces parties formaient un angle droit ou même un angle aigu avec le corps de l'os.

2° *Brièveté du col.* — C'est un fait très-commun dans les luxations congénitales; mais dans la coxalgie proprement dite, c'est un fait rare.

3° *Atrophie du fémur.* — Ce fait, signalé par Hippocrate², a été de nouveau rappelé à l'attention des observateurs par M. Nélaton³. Cette atrophie est liée à celle de tous les membres : elle résulte comme elle de l'inaction de la partie, et sans doute aussi du trouble qu'a apporté à la nutrition le travail pathologique de la jointure. Elle est d'autant plus prononcée que l'affection est plus ancienne, et qu'elle atteint un sujet plus jeune.

Je ne parle pas des courbures rachitiques, qui ne me paraissent pas essentiellement liées à la coxalgie.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Les phénomènes généraux qui surviennent dans les différentes périodes de coxalgie n'ont rien de particulier à cette affection. Quand la maladie débute brusquement, qu'elle revêt un caractère aigu, la fièvre peut se déclarer avec une intensité

¹ Dzondi, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IV, p. 520.

² Hippocrate, *de Articulis*.

³ Nélaton, *Bulletin de la Société anatomique*.

variable : elle peut être portée jusqu'à produire dans tout l'organisme des troubles considérables¹. Le plus souvent la maladie ne provoque aucune réaction jusqu'au moment où la suppuration s'empare de l'article. Alors paraissent des frissons irréguliers suivis de chaleur et de sueur partielles, phénomènes communs aux grandes suppurations. Le malade maigrit, ses forces diminuent, son visage s'altère, ses fonctions s'exécutent avec moins de régularité; mais c'est principalement lorsque les abcès développés autour de l'articulation viennent à se faire jour au dehors, que les accidents de fièvre hectique se déclarent avec tout le cortège de symptômes qu'on lui connaît, alors qu'elle est le résultat d'une sorte d'intoxication permanente par suite de la résorption des matières purulentes en putréfaction.

CINQUIÈME PARTIE

DURÉE, MARCHE ET TERMINAISONS

La plupart des chirurgiens ont admis dans la coxalgie plusieurs périodes. Dzondi² en reconnaît trois : l'une d'inflammation, la deuxième de suppuration, la troisième de fusement du pus. Avant lui, Boyer en reconnaissait deux : la première, étendue depuis le début jusqu'au moment où la tête de l'os abandonnait la cavité cotyloïde; la seconde, depuis le moment de la luxation jusqu'à la fin de la maladie. Mais Larrey³ fait observer, avec juste raison, que la luxation, non-seulement n'est point un phénomène nécessaire de la coxalgie, mais qu'elle ne survient presque jamais spontanément; que, par conséquent, il est impossible de baser sur elle la distinction de ses périodes; il fait remarquer, et cette remarque est d'une haute importance, par la consécration pratique qu'elle donne aux

¹ Observ.

² Dzondi, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IV, p. 502.

³ Larrey, *Clinique chirurg.*, p. 555.

expériences de M. Parise; il fait remarquer, dis-je, que le raccourcissement du membre dans la deuxième période est dû, non pas comme on le croyait généralement, à la luxation du fémur, mais à la carie ou au *passage subit hors de la cavité articulaire du fluide qui y était contenu*. Je m'étonne que cette idée ait échappé à l'attention d'un savant aussi distingué que M. Bonnet; je m'étonne surtout qu'un observateur de cet ordre ait pu imprimer qu'il n'avait jamais vu le raccourcissement succéder à l'allongement (il s'agit de modifications apparentes).

Quant à nous, nous reconnaitrons à la coxalgie deux périodes: l'une qui s'étendra depuis le début jusqu'à la destruction ou la rupture de la cavité articulaire; la seconde, qui comprendra tous les phénomènes compris entre ce moment et la terminaison de la maladie.

CHAPITRE PREMIER

PREMIÈRE PÉRIODE.

§ 1^{er}. — Marche.

La coxalgie s'annonce ordinairement par une douleur vive, si elle succède à un coup, à une chute, ou à une entorse; obscure, profonde et comme latente, si elle survient spontanément. Au début, intermittente et vague comme les douleurs rhumatismales, avec lesquelles on la confond souvent, augmentant plus tard et devenant fixe; se faisant alors sentir soit au niveau même de l'articulation, soit dans le pli de l'aîne, s'accroissant moins par la pression que par les mouvements spontanés ou communiqués, souvent plus sensible au genou et dans l'articulation tibio-tarsienne que dans la hanche elle-même. Cette douleur est quelquefois accompagnée d'un gonflement plus ou moins marqué de la cuisse, presque toujours d'une roideur étendue à tout le membre inférieur, ou de la rétention des muscles fléchisseurs de la jambe; elle s'accompagne d'une claudication plus ou moins prononcée; en même temps se remarquent les déviations diverses du membre inférieur et du

bassin, ainsi que les altérations dans la longueur réelle ou apparente. Presque toujours le membre malade est légèrement fléchi, porté dans l'abduction et la rotation en dehors, et par conséquent le bassin paraît affecté d'une triple déviation, inclinaison antérieure, inclinaison latérale, rotation en avant, par conséquent; aussi, le membre paraît allongé à l'œil, et raccourci à la mesure, et, somme toute, n'est allongé que de quelques millimètres. Ordinairement, le début de l'affection et son développement ne sont accompagnés d'aucun trouble général; d'autres fois, au contraire, un mouvement fébrile, intense, annonce le début de la maladie, et une fièvre continue plus ou moins vive en accompagne le développement. Ces phénomènes présentent quelques variétés, suivant que la maladie a son point de départ dans les os ou dans la membrane synoviale. Dans le premier cas, dit Brodie¹, les premiers phénomènes sont la douleur et un léger degré de claudication du membre affecté; la douleur d'abord est peu de chose, et seulement passagère, ensuite elle devient grave et constante, elle ressemble à une forte attaque de rhumatisme; elle répond à différentes parties du membre dans divers individus, et même, chez tel individu, elle revient à différentes périodes. A mesure que la maladie progresse, la douleur devient plus grave, particulièrement pendant la nuit, et le patient est continuellement éveillé en sursaut par des élancements douloureux du membre; quelquefois il obtient un peu de soulagement dans une position particulière, qu'il ne trouve point dans une autre.

Obs. LXVII. — Un malade à l'hôpital Saint-Georges ne pouvait goûter quelque repos que placé sur le bord du bois du lit, le pied appuyé à terre et le reste du corps adossé à un oreiller, dans une position intermédiaire.

A mesure que la douleur s'exaspère, elle devient plus fixe; dans le plus grand nombre des cas, elle répond à la hanche, ainsi qu'au genou; et, dans le genou, elle est généralement

¹ Brodie, p. 106.