

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 Brodié, p. 106.

plus intense qu'à l'autre articulation; d'autres fois il n'y a douleur que dans le genou, la hanche en est exceptée.

Obs. LXVIII. — Un garçon, à l'hôpital Saint-Georges, se plaignait d'une douleur dans l'intérieur de la cuisse, vers son milieu. Un autre malade (c'était une petite fille) rapportait la douleur qu'elle éprouvait à la plante du pied.

Quel que soit son siège, la douleur s'aggrave; mais elle est aggravée bien davantage lorsqu'une pression est exercée; de telle sorte que les surfaces articulaires ulcérées agissent l'une sur l'autre. Alors le malade est incapable de supporter le poids du corps sur le membre affecté; et même, étant placé dans une position horizontale, il éprouve une violente douleur, si le chirurgien, appliquant la main contre le talon, pousse la tête du fémur contre la cavité cotyloïde.

A peine l'invasion de la maladie a eu lieu que l'articulation de la cuisse est sensible; toutes les fois qu'on la presse par devant ou par derrière, les glandes inguinales s'engorgent et donnent lieu à une légère inflammation générale de l'aîne.

Lorsque la maladie, dit Brodie, dure depuis quelque temps, la forme de la fesse change d'une manière remarquable: elle dépérit et 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 molle l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle offre ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé. Dans très-peu de cas, à une période avancée de la maladie, la fesse est réellement plus étendue, parce que la cavité cotyloïde s'est remplie de lymphes coagulables et de matière, et que la tête du fémur a été chassée de sa situation naturelle.

Lorsque la maladie débute par la synoviale, on voit d'abord une tuméfaction dans l'aîne et dans la fesse; mais lorsque la maladie dure depuis quelque temps, la fesse prend une apparence aplatie, à raison du dépérissement des muscles. Ordinairement la douleur se borne à la hanche, mais quelquefois elle se prolonge jusqu'au genou.

Les symptômes de ces deux variétés, dit Brodie, présentent beaucoup d'analogie; cependant, avec de l'attention, on peut y apercevoir des différences: lorsque la membrane synoviale de la hanche est enflammée, la douleur est moins intense au commencement que dans la période avancée de la maladie, et elle ne va jamais jusqu'à une sensation martyrisante, épuisant les forces et le courage du malade, qui a déjà bien de la peine à supporter l'autre affection; la douleur s'aggrave par le mouvement, mais non en faisant agir les surfaces cartilagineuses l'une sur l'autre, puisque la pesanteur du corps peut sans inconvénient être supportée sur le membre malade. Le dépérissement des muscles fessiers est précédé de l'apparence tuméfiée de la fesse. Ces phénomènes peuvent rester stationnaires pendant des mois et des années, si l'on en croit Dzondi¹, ou bien amener, en quelques semaines, la désorganisation de l'article. Cela, dit M. Bérard², dépend de beaucoup de circonstances, dont un grand nombre même n'ont pu encore être suffisamment appréciées, telles que l'âge du sujet, sa constitution, et très-probablement la nature même de l'affection à son début.

§ II. — Durée.

La durée de cette première période est, en général, d'autant plus courte, que l'affection est survenue par suite d'une violence extérieure plus considérable, qu'elle s'accompagne de plus de douleur et d'irritation, que le sujet est plus vigoureux ou pléthorique. Elle varie de quelques semaines à plusieurs années. Rien ne prouve que cette marche soit plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte: le peu de profondeur de la cavité cotyloïde, à cet âge, me paraît être une raison peu concluante en faveur de cette opinion; et d'ailleurs, M. Guersant fils m'a dit que, dans son service à l'hôpital des Enfants, la maladie se prolongeait souvent pendant plusieurs années.

¹ Dzondi, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IV, p. 511.

² Bérard, *Dictionn.* en 50 vol., t. XV, p. 28.

Il est très-fréquent de voir la marche de cette affection s'arrêter, rétrograder même, pour reprendre une nouvelle activité, et cela sans qu'on puisse invoquer aucune circonstance appréciable; il y a sous ce rapport une certaine analogie entre la coxalgie et les affections diverses de cause rhumatismale ou scrofuleuse, qui semble se développer comme de véritables éruptions, à époques variées.

§ III. — Terminaison.

A cette période, la coxalgie peut se terminer par résolution, par luxation, par ankylose, par hypertrophie de la tête et agrandissement de la cavité, ou passer à la deuxième période.

1° *Terminaison par résolution.* — C'est la terminaison la plus fréquente, au moins pour la variété qui débute par la capsule articulaire: M. Vicherat¹, dans sa thèse inaugurale, en a rapporté de nombreux exemples; M. Lesauvage² a même pu observer anatomiquement l'articulation coxo-fémorale peu de temps après la guérison, et se convaincre qu'elle était complètement revenue à son état normal.

Quand cette terminaison doit arriver; on voit peu à peu l'allongement apparent et réel disparaître, ainsi que la douleur; en même temps le bassin reprend sa position, les mouvements du membre se rétablissent, et le sujet reprend toutes les fonctions de son membre inférieur. Néanmoins il reste, en général, une rotation plus ou moins prononcée du membre en dehors: ce qu'on a essayé d'expliquer par la force des muscles rotateurs en dehors plus grande que celle de leurs antagonistes. Souvent il reste encore longtemps de l'enflure, de l'engourdissement; mais c'est qu'alors la maladie n'est pas complètement terminée, et peut être exaspérée par le moindre froid, la moindre imprudence.

L'examen du membre, fait longtemps après la guérison, ne montre quelquefois aucune lésion; d'autres fois, le cartilage

¹ Vicherat, thèse; Paris, 1840.

² Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*

diarthrodial est remplacé par une véritable éburnation des surfaces osseuses. Pendant la vie, cette éburnation s'annonce par un choc que le malade et les personnes étrangères même perçoivent pendant les mouvements du membre.

2° *Terminaison par luxation.* — Il est excessivement rare que la luxation du fémur survienne pendant la première période de coxalgie, c'est-à-dire avant que la capsule fibreuse ou la cavité cotyloïde soit désorganisée. Il en existe cependant quelques exemples: la tête du fémur, repoussée par un épanchement de liquide ou bien par le développement de fongosités au fond du cotyle, se dirige peu à peu en bas et en dehors, et vient se placer sur le bord de la cavité. Il se forme alors une fausse articulation, et le membre guérit en conservant un raccourcissement, si la luxation a lieu dans la fosse iliaque externe ou sur le pubis; plus rarement un allongement, si la luxation a lieu dans le trou ovale ou sur l'ischion.

M. Parise, qui considère les luxations congénitales comme des luxations spontanées dues à une coxalgie développée pendant la vie fœtale, reconnaît comme assez fréquente dans le premier âge, la luxation sans rupture ou sans désorganisation de la capsule fibreuse.

3° *Terminaison par ankylose.* — C'est encore une terminaison assez rare à cette période: elle ne peut guère survenir que dans la variété de coxalgie qui débute par l'ostéite superficielle. Nous verrons qu'à la deuxième période, cette terminaison est plus fréquente.

4° *Terminaison par hypertrophie de la tête et agrandissement de la cavité cotyloïde.* — Nous ne possédons à cet égard que des faits peu détaillés; cependant l'observation remarquable rapportée par M. Bérard semble donner la clef des altérations pathologiques que l'on observe sur certaines pièces du musée Dupuytren; pièces où l'on voit la tête du fémur hypertrophiée reçue dans une cavité largement agrandie.

5° Enfin, la maladie peut continuer ses progrès, et passer à la deuxième période.