

blanches que l'on traite en même temps par les révulsifs et la cautérisation.

S'il existe un foyer purulent, il faut l'ouvrir largement, le curetter et le panser antiseptiquement. Les fistules seront extirpées ou du moins râclées à la curette tranchante.

Plus récemment on a utilisé les injections d'acide phénique à 5 0/0, de sulfate de zinc au 10°, de solution d'iodoforme. Lannelongue a proposé les injections de chlorure de zinc sur le pourtour de l'articulation malade (méthode sclérogène).

Un procédé très supérieur aux précédents consiste à ouvrir largement la jointure, à enlever les fongosités avec la curette de Volkmann, à abraser et à nettoyer avec la gouge et avec la curette toutes les régions osseuses malades en enlevant les séquestres puis, après un lavage au sublimé, à les saupoudrer d'iodoforme, à les drainer et à les immobiliser dans un appareil ouaté et plâtré. Si les surfaces osseuses sont profondément malades il faut les *réséquer*, mais l'arthrectomie doit précéder la résection qui sera avec l'amputation une ressource ultime.

On se rappellera que la résection doit être réservée aux adultes, surtout la résection du genou ; car chez les enfants elle donne souvent lieu à des raccourcissements considérables à moins qu'on n'ait à enlever qu'une faible portion d'os ; il faut surtout s'abstenir de toucher au cartilage de conjugaison¹. Pour achever la guérison d'une tumeur blanche en bonne voie d'amélioration et pour diminuer la raideur de la jointure, on pourra conseiller un séjour à Barèges.

Après les opérations partielles on a parfois remarqué une recrudescence des accidents généraux imputables à l'auto-inoculation traumatique.

1. Il est d'observation que les amputations pratiquées chez les sujets affaiblis atteints de tumeur blanche donnent une plus grande proportion de succès que les amputations pratiquées pour des traumatismes, chez les sujets vigoureux. Il est également très fréquent de voir le malade, débarrassé de sa tumeur blanche, revenir à une santé florissante.

Tumeurs blanches en particulier.

a) *Tumeurs blanches des articulations de la tête avec la colonne vertébrale. — Mal sous-occipital.*

Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, comprenant les articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne, peuvent être atteintes de tumeur blanche¹.

Division. — Nous n'allons parler que du sens dans lequel s'effectuent les luxations spontanées, car c'est la seule chose spéciale à signaler. Bien qu'à l'autopsie il soit difficile, vu l'étendue des désordres et les destructions osseuses, de préciser le point de départ de la maladie, on en a admis plusieurs variétés :

1° *Luxations de l'occipital sur l'atlas.* — Elles sont rares, et dans les quelques observations publiées, l'occipital s'était porté en arrière ou sur les côtés.

2° *Luxations de l'occipital et de l'atlas sur l'axis.* — Ce sont les moins rares ; les deux os peuvent, à la suite de la rupture du ligament transverse ou de la destruction de ses points d'attache, s'incliner brusquement en avant, le bulbe vient s'appliquer fortement sur l'apophyse odontoïde, d'où mort subite. Au lieu de s'incliner en avant, l'atlas peut glisser en avant, il en résulte une diminution notable dans les dimensions du canal rachidien ; mais généralement les accidents sont moins brusques que dans le cas précédent, car le bulbe est moins fortement comprimé.

Le déplacement en arrière nécessite la fracture de l'apophyse odontoïde : chose rare.

Enfin on a vu les deux os (occipital et atlas) se déplacer latéralement.

3° On cite quelques cas dans lesquels *des déplacements divers* occupaient les trois articulations à la fois.

1. Nous ne dirons rien de leurs causes ni de leur anatomie pathologique (voy. TUMEURS BLANCHES EN GÉNÉRAL) ; quant aux lésions qui leur sont spéciales, elles trouveront place dans le cours de la description.

Symptômes. — Ce sont ; la douleur, l'attitude particulière de la tête (en rapport avec les déplacements ou plutôt avec la contraction musculaire), le gonflement de la région, les abcès, les luxations, les troubles fonctionnels des organes en connexion avec la tumeur blanche.

1° La *douleur* est un symptôme précoce et commun à toutes les tumeurs blanches. Elle occupe divers points, mais surtout la nuque et l'arrière-gorge, ce qui rend la déglutition très pénible. Cette dysphagie persiste longtemps ; elle explique pourquoi les anciens rangeaient le mal sous-occipital parmi les angines. Assez souvent la douleur s'irradie à la façon d'une névralgie sur le trajet du nerf sous-occipital, du spinal, des nerfs cervicaux.

2° *Attitude de la tête.* — Cette douleur augmente beaucoup par le mouvement, aussi se produit-il une contraction instinctive des muscles de la nuque qui fixe la tête dans une position déterminée : c'est tantôt une rigidité parfaite, tantôt une inclinaison soit en avant, soit sur le côté, presque jamais en arrière. Cette fixité donne au malade une attitude embarrassée ; veut-il regarder de côté, il tourne tout son corps ; veut-il se soulever sur son lit, il glisse les mains au-dessous de la tête pour la soutenir ; les uns tiennent constamment leur menton, d'autres élèvent l'épaule et y reposent leur occiput.

Parfois, mais plus rarement qu'on ne serait tenté de le croire, l'attitude particulière de la tête se rapporte à une luxation.

3° *Gonflement.* — Toute tumeur blanche détermine le gonflement des parties molles qui l'entourent. Aussi voyons-nous la nuque s'élargir, s'empâter ; le creux sous-occipital s'efface, de même la paroi postérieure du pharynx est soulevée, nous avons vu combien cet état gênait la déglutition. Le gonflement tient d'abord à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire, plus tard il peut se rattacher à la présence d'abcès.

4° *Abcès.* — Symptôme à peu près constant et plus ou moins précoce, ces abcès sont de deux ordres : les uns (*abcès circonvoisins*) se forment dans le tissu cellulaire péri-articulaire, par le fait d'une irritation de voisinage ; les autres ont leur source

dans l'altération osseuse (*abcès ossifluents*). Quelle que soit leur provenance, ils occupent soit la nuque, soit l'arrière-gorge (*abcès rétro-pharyngiens*), soit même le canal vertébral, ce qui entraîne des inflammations médullaires rapidement mortelles. Les abcès de la nuque longtemps fluctuants finissent par perforer les téguments et donnent lieu à une ou plusieurs fistules.

Les *abcès rétro-pharyngiens*, après avoir décollé le pharynx, souvent dans une grande étendue, le perforent, le pus pénètre dans les voies digestives d'où il est rejeté par expuition ou vomissement.

5° *Luxations.* — L'épaississement et l'induration du tissu cellulaire rendent souvent leur diagnostic difficile. Cependant si l'occipital s'est luxé en arrière, le creux sous-occipital devient plus profond, l'apophyse épineuse de l'axis moins accessible.

Si l'atlas s'est luxé on avant on pourra sentir dans l'arrière-gorge son relief anormal, de même qu'en arrière la nuque sera déprimée au-dessus de l'apophyse épineuse de l'axis.

Les déplacements latéraux seront peut-être plus aisés à reconnaître, par ce fait que la protubérance occipitale ne se trouve plus sur le prolongement direct de l'apophyse épineuse de l'axis, elle sera inclinée à droite ou à gauche.

6° *Troubles fonctionnels.* — La tumeur blanche sous-occipitale est particulièrement dangereuse en raison de ses connexions avec le système nerveux et le pharynx. Dès le début de la maladie, la déglutition est fort gênée, nous l'avons dit, mais le danger principal réside dans les *inflammations et compressions de la moelle et de ses enveloppes*. Si ces lésions s'établissent graduellement, le malade éprouve des convulsions, des contractures, des paralysies dans les membres, dans la vessie et le rectum. On connaît plusieurs cas de mort subite, survenue à la suite d'un mouvement de la tête ou d'un effort qui détermine la rupture des ligaments ramollis, ce qui amène une inclinaison brusque de l'atlas, et fait que l'apophyse odontoïde exerce sur le bulbe une compression mortelle.

Marche. — Le mal sous-occipital peut guérir au prix d'une

ankylose et cette terminaison n'est même pas trop rare ; il peut tuer, soit par épuisement, soit par des lésions médullaires, chroniques ou foudroyantes.

Traitement. — Celui des tumeurs blanches. L'indication capitale est de *prévenir tout mouvement de la tête* ; pour cela on a imaginé un grand nombre de colliers : celui en gutta-percha de Broca est un des meilleurs.

Quant à réduire le déplacement, cette tentative hardie ne saurait être justifiée que dans les cas de paralysie, et même dans ce cas le succès nous semble si douteux, que nous nous abstiendrions d'une semblable intervention.

b) Tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire.

Elle est très rare et souvent consécutive à diverses altérations du rocher (nécrose, tubercules, otites suppurées).

Le gonflement, la douleur, la difficulté de la mastication en constituent les principaux symptômes ; mais l'importance de cette tumeur blanche s'efface souvent devant la gravité des altérations osseuses qui l'ont engendrée.

Quoi qu'il en soit, la douleur qu'occasionnent les mouvements de mastication entrave l'alimentation ; de plus, l'écoulement du pus dans la bouche trouble profondément les fonctions digestives, double circonstance très fâcheuse, aussi ces tumeurs blanches sont-elles graves.

Le traitement général, les cautérisations peuvent rendre des services. Si le condyle de la mâchoire était seul malade, ce que l'on pourrait peut-être reconnaître, dans le cas de fistule, à l'aide de la percussion du stylet, on serait autorisé à le réséquer.

c) Tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire.

Maladie assez rare, caractérisée par un gonflement dans lequel il est souvent possible de reconnaître la saillie anormale de la clavicule.

La marche est très lente et peu douloureuse, vu le peu d'étendue des mouvements exécutés par la clavicule. Mais lorsque

cette tumeur blanche vient à suppurer, le pus au lieu de s'écouler librement à l'extérieur peut fuser dans le médiastin et occasionner les plus grands désordres.

La maladie peut s'arrêter spontanément ou sous l'influence de moyens généraux et locaux. Si elle progresse, la résection de l'extrémité sternale de la clavicule sera très utile.

d) Tumeur blanche de l'articulation acromio-claviculaire.

Elle est très rare ; au début elle peut simuler une affection rhumatismale en raison de la douleur que provoque l'élévation du bras, mais bientôt les signes ordinaires des tumeurs blanches éclairent le diagnostic.

Même traitement.

e) Tumeur blanche de l'épaule. — Scapulalgie.

Fréquence. — Cette tumeur blanche est fort rare, car, malgré son étendue, la synoviale de l'articulation scapulo-humérale est à peine revêtue de ce tissu cellulaire dont la présence constitue pour Bonnet la principale prédisposition aux tumeurs blanches (sur 140 tumeurs blanches, Crocq n'a trouvé que trois scapulalgies).

Rien de spécial dans ses causes ou ses altérations anatomiques.

Symptômes. — 1^o *Douleur.* — Symptôme précoce et constant, la douleur siège d'ordinaire dans l'articulation elle-même, soit en avant, soit en dehors.

On cite quelques cas de douleur du coude et du poignet survenues dans le cours d'une scapulalgie, mais elles sont bien moins fréquentes que les douleurs du genou dans la coxalgie. La douleur augmente toujours par la pression et par une percussion exercée sur le coude ; les mouvements éveillent des douleurs si vives qu'il se produit une contracture instinctive de tous les muscles de l'épaule, destinée à les prévenir ; aussi l'articulation est-elle absolument immobilisée, tous les mouvements se passent entre l'omoplate et le tronc. On peut s'en assurer en examinant l'angle de l'omoplate pendant que l'on imprime des mouvements au bras, on remarque qu'il les

suit comme si l'omoplate et l'humérus ne formaient qu'un seul os.

2° *Attitude*. — En faisant des injections forcées dans la synoviale de l'épaule, Bonnet a vu le bras se porter dans l'abduction, le coude étant placé en dehors et en avant. Suivant la loi commune, ce sera parfois cette position que prendra le bras dans la scapulalgie, la contraction instinctive du deltoïde et du sus-épineux contribue à l'y maintenir. Souvent il est vrai le bras, au lieu d'être éloigné du tronc, s'en rapproche au point de rendre impossible l'exploration du creux de l'aisselle, c'est le fait de la prédominance d'action des pectoraux et du grand dorsal sur le deltoïde.

On a vu le trapèze l'emporter sur tous ces muscles et élever l'épaule.

3° *Gonflement*. — La région se tuméfie graduellement comme dans toute tumeur blanche.

4° *Abcès*. — Ils sont les uns circonvoisins, les autres ossifluents ; on a cité quelques cas de collections purulentes siégeant dans les bourses péri-articulaires. Le pus peut fuser dans diverses directions, surtout dans le creux de l'aisselle, et les fistules s'établiront dans des lieux souvent éloignés de la jointure.

Lorsque l'abcès est ossifluent, un stylet introduit dans la fistule parviendra sur une surface dénudée ¹.

5° *Atrophie*. — Au bout d'un temps variable, les muscles de l'épaule et ceux du bras présentent une atrophie comparable aux atrophies des muscles de la jambe et de la cuisse dans les tumeurs blanches du genou et de la hanche.

6° *Luxations spontanées*. — Elles sont fort rares, bien que leur existence soit admise par Samson et Nélaton.

7° *Variations de longueur*. — Il faut, pour les apprécier, se mettre en garde contre plusieurs causes d'erreurs, et ne tenir

1. Nélaton a donné un moyen de reconnaître le siège précis de la lésion osseuse, il consiste dans l'auscultation du bras et de l'omoplate pendant que l'on percute avec le stylet ; si la transmission du son s'effectue nettement par le bras, c'est que l'humérus est malade, de même pour l'omoplate (on n'a jamais vu l'omoplate être seul malade).

compte que des différences bien tranchées. L'allongement a été signalé plusieurs fois, mais le raccourcissement est peut-être moins rare, il se rattache soit à des destructions osseuses, soit à des luxations, soit enfin à un arrêt de développement si la scapulalgie s'est développée dans l'enfance ou la jeunesse.

Marche. — La scapulalgie peut s'arrêter à chacune de ses périodes et guérir avec ankylose ; alors même qu'il existe des fistules cette heureuse terminaison n'est pas impossible, elle est pourtant plus rare que dans toute autre tumeur blanche. La mort est fréquente.

Traitement. — Celui des tumeurs blanches ; immobilisez le membre, entourez-le d'ouate, d'attelles de carton moulées sur le bras et l'épaule ; le tout étant maintenu par une bande amidonnée et mieux encore employez l'attelle plâtrée.

Souvent la gravité des lésions, l'affaiblissement de la santé, nécessitent une intervention chirurgicale ; dans ces cas la résection doit être préférée à la désarticulation de l'épaule ; grâce aux nouveaux pansements elle donne d'excellents résultats.

f) Tumeur blanche du coude.

Les tumeurs blanches du coude sont bien plus fréquentes que celles de l'épaule ; les *subluxations traumatiques du radius* ont peut-être de l'influence sur leur production. Elles ne donnent lieu à aucune considération spéciale ¹.

Le coude a la forme d'un fuseau, il est renflé vers sa partie moyenne, effilé vers l'épaule et la main.

Les abcès pointent souvent de chaque côté de l'olécrâne ; l'avant-bras est dans une position intermédiaire à la demi-flexion et à l'extension.

Cette maladie se termine assez souvent par l'ankylose.

La résection du coude doit être considérée comme le triom-

1. Souvent l'altération est localisée dans une des pièces osseuses qui constituent la jointure, circonstance précieuse pour la résection, qui, en somme, est une très bonne opération.

phe de ce mode opératoire ; sans danger, elle est suivie, si on dirige bien le traitement consécutif, de la régénération d'une articulation mobile.

g) *Tumeur blanche du poignet.*

On sait que les synoviales des diverses articulations qui composent le poignet (articulations radio-carpienne, des os du carpe et carpo-métacarpienne) communiquent entre elles ; aussi les tumeurs blanches se généralisent-elles à toutes les parties constituantes de cette région ; de même que pour le cou-de-pied, une *entorse* en est souvent le point de départ.

Les **symptômes** ne présentent aucune particularité digne d'une mention spéciale ; la douleur, le gonflement, l'impotence fonctionnelle, les abcès et fistules s'observent ici comme dans toute tumeur blanche ; les luxations spontanées sont fort rares, cependant on a vu la tête du cubitus se porter en arrière et former sur la face dorsale du poignet un relief anormal.

Le **pronostic** est moins grave que celui des tumeurs blanches des grandes jointures, car celle du poignet provoque assez rarement des symptômes généraux.

Le **traitement** ne présente pas d'indications particulières, toutefois on ne négligera pas d'imprimer fréquemment des mouvements aux doigts, qui s'ankylosent très rapidement lorsqu'ils sont immobilisés. Dans le cas où l'on doit recourir à une opération, faut-il choisir l'amputation ou la résection ? Les avis sont encore trop partagés pour qu'il soit possible de poser à cet égard des indications même générales.

h) *Tumeurs blanches des doigts.*

Les tumeurs blanches des doigts peuvent être la conséquence de *panaris*, mais il est bien plus ordinaire de les voir se développer sous les influences générales qui président à la formation des autres tumeurs blanches. Le doigt malade prend peu à peu la *forme d'un fuseau*, dont la partie gonflée correspond à la jointure atteinte de tumeur blanche ; le gonflement est d'abord résistant, élastique, puis viennent les abcès et les fis-

tules qui s'ouvrent de préférence sur la face dorsale ; le doigt se fléchit légèrement et, au fur et à mesure de la destruction des ligaments, la phalange inférieure proémine du côté de la face dorsale.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

i) *Sacro-coxalgie.*

On donne le nom de sacro-coxalgie à la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque.

Les causes générales qui président au développement des tumeurs blanches peuvent engendrer une sacro-coxalgie ; mais comme cause spéciale, nous citerons l'influence de la grossesse et de l'accouchement, car la sacro-coxalgie a été plusieurs fois observée chez les *nouvelles accouchées* ; il est probable que l'écartement des symphyses du bassin sous l'influence d'un accouchement laborieux, que la congestion et l'afflux des liquides qui s'opèrent du côté de ces jointures à la fin de la grossesse, sont des causes occasionnelles qui, chez une femme prédisposée, peuvent amener le développement d'une sacro-coxalgie.

Anatomie pathologique. — Nous n'avons rien de particulier à signaler, sinon la direction prise par les *abcès par congestion*, qui ont pour point de départ une sacro-coxalgie ; cette direction présente trois variétés ; tantôt le pus fuse au-dessous des fibres du grand fessier, tantôt à travers elles, tantôt il se dirige en avant, accompagne le rectum, vient se collecter dans la fosse iliaque interne et suit la marche habituelle aux abcès de cette région.

Symptômes. — La douleur est, comme dans toutes les tumeurs blanches, le premier symptôme de la maladie ; c'est une douleur vague, irrégulière, dont le siège principal se trouve au niveau de l'épine iliaque postérieure ; elle s'exaspère lorsque saisissant le bassin entre les deux mains on cherche à rapprocher l'os coxal du sacrum ; d'ailleurs elle peut s'irra-

dier dans la cuisse et le genou, comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

La marche devient de plus en plus difficile, le malade boite, il imprime instinctivement au bassin une déviation qui peut faire croire à une variation de longueur du membre malade, variation qui n'est qu'apparente, ainsi qu'on peut s'en assurer par le procédé de mensuration de Giraud-Teulon (Voy. *Coxalgie*).

En même temps la région malade se tuméfie, il s'y forme des collections purulentes qui viennent s'ouvrir dans les points déjà indiqués.

Pronostic. — Maladie très grave, la sacro-coxalgie peut cependant guérir en ne laissant après elle qu'une claudication légère.

Diagnostic. — La sacro-coxalgie peut au début être confondue avec une *sciaticité* ou un *psôitïs*, l'examen de l'articulation lève ces doutes ; quant à la coxalgie, elle s'en distingue surtout en ce que les mouvements de l'articulation de la hanche sont faciles dans la sacro-coxalgie, très difficiles dans la coxalgie.

Traitement. — Le même que celui des tumeurs blanches en général et de la coxalgie.

j) Coxalgie.

On donne le nom de *coxalgie* (*coxa* hanche, *ἄλγος* douleur) à la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale ¹.

Étiologie. — Se rattachant d'ordinaire à la tuberculose, bien plus rarement au *rhumatisme*, à l'*action du froid*, la coxalgie peut résulter d'une *chute* ou d'un *choc sur la hanche*, le traumatisme étant la cause absolue ou plus fréquemment occasionnelle de son développement.

Dans des cas rares, on l'a vue succéder à la *syphilis* et aux *fièvres éruptives*. On rencontre chez certaines hystériques une

¹. Quelques auteurs ont étendu cette dénomination à toutes les affections non traumatiques de cette jointure (Boeckel et autres).

contraction spasmodique des muscles pelvi-trochantériens simulant la coxalgie (*coxalgie hystérique*). Par une exception qui n'est point fort rare, la coxalgie peut frapper des enfants forts et vigoureux, et cela sans cause appréciable.

Beaucoup plus commune dans l'enfance et l'adolescence que chez les adultes, elle est presque inconnue chez le vieillard.

Anatomie pathologique. — La coxalgie débute presque toujours par les os, soit par la tête du fémur, soit par la cavité cotyloïde, la synoviale s'altère consécutivement. La lésion initiale serait toujours une tuberculose (Lannelongue).

La tête du fémur, souvent en partie détruite, présente les altérations les plus diverses ; elle peut être luxée dans la fosse iliaque externe, plus rarement dans la fosse ovale, on l'a même vue chez des enfants perforer la cavité cotyloïde et pénétrer dans le bassin. Dans certains cas elle est complètement séparée et forme un gros séquestre.

La cavité cotyloïde est agrandie par la carie, ce qui favorise le déplacement du fémur. Cet agrandissement a toujours lieu dans les points où presse la tête du fémur, c'est-à-dire en haut et en arrière et, pour Lannelongue, il serait produit par cette pression elle-même, jouerait un grand rôle dans les phénomènes graves de la coxalgie et devrait être prévenu par l'extension continue ; les *cartilages*, le *ligament rond*, le tissu adipeux sont ramollis, détruits, la *synoviale* est fongueuse. On peut trouver une *ankylose* vraie ou fautive ; souvent il n'existe que quelques jetées fibreuses ou osseuses.

Les parties molles du voisinage sont infiltrées de pus, les muscles atrophiés, etc. ¹.

Symptômes. — Les débuts de la coxalgie sont insidieux, et son diagnostic repose sur un ensemble de phénomènes dont l'appréciation nécessite, du moins dans les premières phases de la maladie, du tact et certaines qualités d'observation ; aussi, après avoir énuméré rapidement les symptômes auxquels elle donne habituellement lieu, nous les étudierons isolément.

¹. Nous n'insistons pas davantage sur les lésions anatomiques, car ce sont celles de toutes les tumeurs blanches ; elles ne présentent d'autres particularités que les luxations du fémur, qui ne sont point aussi fréquentes qu'on le croyait jadis.

De même que toutes les tumeurs blanches, la coxalgie donne lieu à des *douleurs*, qui, de la hanche, s'irradient en divers sens et surtout vers le genou ; la sensibilité de l'articulation malade entraîne naturellement plusieurs troubles fonctionnels, tels que la *claudication* et l'*immobilité de la hanche* ; la cuisse prend, par le fait de l'épanchement intra-articulaire, une *attitude vicieuse* à laquelle se rattachent une *inclinaison du bassin*, une *cambrure de la région lombaire* et des *variations de longueur* qui ne sont qu'apparentes ; cependant, vers la fin, il peut se produire une variation de longueur réelle, c'est-à-dire un *raccourcissement* de la cuisse lié soit à la luxation spontanée du fémur, soit à l'arrêt de développement du membre, dont l'atrophie est d'ailleurs constante.

Nous allons étudier chacun de ces symptômes.

1° *Douleur*. — La douleur est le premier symptôme de la coxalgie. Elle est d'abord sourde, profonde, intermittente, augmentant par la fatigue, l'humidité, le mouvement ; se calmant par le repos. Elle n'a pas de siège précis, elle occupe à la fois ou alternativement la hanche, le grand trochanter, le pli de l'aîne et divers points de l'*articulation du genou*, ce qui a donné lieu à bien des méprises, faisant croire à une lésion du genou lorsqu'il s'agissait d'une coxalgie¹.

2° *Claudication*. — La claudication existe constamment dans la coxalgie, mais elle est plus ou moins marquée ; d'abord les petits malades boitent sans se plaindre, ils tirent la jambe, tombent facilement. Le bruit de leurs pas n'est plus régulier et cadencé². Ils évitent de se servir de la cuisse malade, et pour cela ils impriment au bassin un mouvement de circumduction.

Plus tard la marche devient impossible.

3° *Immobilité de la hanche malade*. — C'est là un symptôme

1. Les douleurs du genou ont été expliquées de diverses façons : par l'extension au genou de l'ostéite, de la myélite ou de la périostite, qui occupe la tête du fémur (Richet) ; par la lésion du nerf obturateur, qui fournirait à la fois des filets aux synoviales de la hanche et à celle du genou ; irrité à la hanche, le nerf rapporterait le siège de l'excitation au genou, de même qu'un amputé, par exemple, souffre du membre qu'il n'a plus (Thompson), par la *névrite* des nerfs périarticulaires.

2. C'est ce qu'on a désigné sous le nom de *signe du maquignon*, car lorsque les chevaux sont atteints de boiteries, leur trot ne produit plus le bruit cadencé et régulier qui leur est habituel (Marjollin).

très important. Le malade étant couché, de la main gauche on saisit l'épine iliaque et de la main droite la cuisse correspondante, on la fléchit ou on la porte dans l'abduction (Verneuil), et s'il existe une *coxalgie*, on remarque que l'épine iliaque suit les mouvements de la cuisse comme si elle faisait corps avec le fémur ; en effet l'articulation de la hanche est immobilisée par la contraction de tous les muscles voisins qui entrent en jeu instinctivement pour prévenir la douleur que déterminerait un mouvement se passant dans la jointure. Comme comparaison, on répète la même manœuvre du côté opposé et l'on voit que l'épine iliaque ne suit nullement les mouvements de la cuisse. On peut encore, pour constater l'immobilité de la jointure, étendre le malade sur une table, et imprimer aux genoux des mouvements d'oscillation latérale. puis les abandonner à eux-mêmes, en recommandant au malade de ne faire aucun effort, le genou du côté sain reviendra au repos après une série d'oscillations successives, le genou du côté malade restera immobile dès qu'on l'abandonnera à lui-même.

4° *Déformation de la hanche et déviation du bassin*. — La déformation de la hanche est plus ou moins prononcée. Le pli de l'aîne peut être effacé par un gonflement périarticulaire, chose assez rare ; il est plus commun d'observer la disparition du pli fessier. La région lombaire est cambrée, comparable au dos d'un cheval ensellé.

Lorsque le malade est couché, la cuisse qui correspond à la coxalgie étant légèrement fléchie, la région lombaire paraît être normale ; mais si vous appuyez sur le genou malade de façon à faire cesser sa flexion, vous voyez le bassin exécuter un mouvement de bascule, par suite duquel la *région lombaire se creuse*, ainsi que vous pouvez vous en assurer en glissant la main au-dessous d'elle (c'est cette disposition que représente notre figure) ; si vous permettez à la cuisse de se relever, l'ensellure ou cambrure de la région lombaire disparaît.

De plus le bassin présente encore une *flexion latérale et une torsion sur son axe* dont le sens varie suivant l'attitude que

prend la cuisse, attitude variable ainsi que nous allons le voir : la colonne vertébrale éprouve elle aussi une inclinaison qui a pour but de rétablir la situation du centre de gravité, modifiée par l'attitude du bassin et de la cuisse ; ces inclinaisons de la colonne vertébrale ont reçu le nom de *courbures de compensation*.

Dans la dernière période de la coxalgie, il existe souvent des fistules, et si le fémur s'est luxé, sa tête occupe habituellement la fosse iliaque externe.

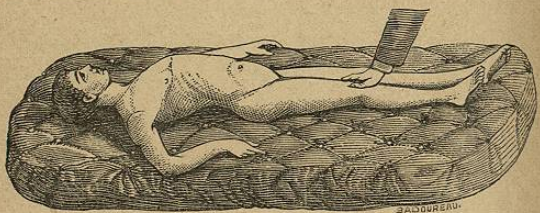


Fig. 54. — Malade atteint de coxalgie de la hanche droite ; il tient habituellement la cuisse légèrement fléchie ; en pressant sur le genou de façon à étendre le membre abdominal, on voit que la colonne lombaire se courbe et ne repose plus sur le lit (courbure que l'on a comparée à celle de certains chevaux dont le dos semble s'affaisser sous le poids de la selle et qui sont dits ensellés). Cette courbure lombaire tient à ce que l'articulation de la hanche étant immobile, la crête du bassin s'élève lorsqu'on étend la cuisse.

5° *Attitude vicieuse du membre inférieur.* — Au début, la cuisse est fléchie, portée dans l'abduction et la rotation en dehors, et dans cette attitude, le membre paraît allongé (*allongement apparent*), la fesse du côté malade est aplatie et abaissée.

Plus tard l'attitude de la cuisse devient diamétralement opposée, c'est-à-dire que la cuisse fléchie est portée dans l'adduction et la rotation en dedans, le membre raccourci ; la fesse du côté malade est saillante et élevée.

On n'a pas donné d'explication bien satisfaisante de ces attitudes diverses de la cuisse, on les a attribuées à l'accumulation de liquide dans la jointure, à la contraction musculaire produite par irritation réflexe, etc. Quoi qu'il en soit, cette attitude vicieuse existe, et elle tient sous sa dépendance les va-

riations apparentes de longueur des membres et les déviations du bassin et de la colonne vertébrale, de telle sorte que ces trois phénomènes (*attitude vicieuse de l'articulation, inclinaison du bassin, variations de longueur du membre malade*) sont étroitement unis l'un à l'autre.

6° *Variations de longueur.* — Elles sont apparentes ou réelles.

Variations apparentes. — Il peut exister, à la vue et même à certaines mensurations, des variations de longueur qui ne sont qu'apparentes, elles tiennent à ce que les membres inférieurs étant suspendus au bassin comme les tiges d'une balance à sa barre transversale, en suivent exactement tous les mouvements : de telle sorte que, si la crête iliaque droite par exemple, s'élève, elle entraîne le membre droit, qui paraîtra d'autant plus court que le membre gauche suivant l'abaissement de la crête iliaque gauche se sera lui aussi abaissé. Or les crêtes iliaques, enfouies dans les chairs, n'attirent pas l'attention, la différence de situation des pieds et des genoux est au contraire des plus frappantes. Pour éviter l'erreur, il faut donc *placer les deux épines iliaques sur le même plan transversal*.

La mensuration peut également tromper. Ainsi, vient-on à

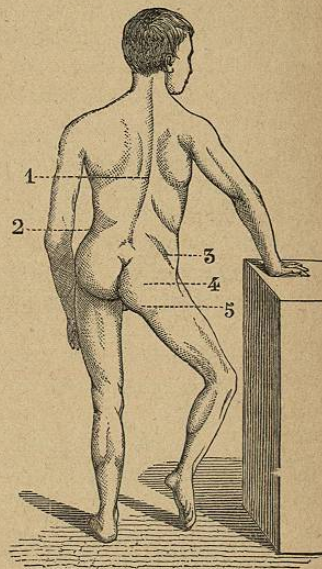


Fig. 55. — 1, colonne vertébrale décrivant une courbe dont la convexité regarde le côté malade ; 2, crête iliaque du côté sain, elle est élevée ; 3, crête iliaque du côté malade, elle est abaissée ; 4, fesse aplatie du côté malade ; 5, pli fessier presque effacé ; membre abdominal légèrement fléchi et porté dans l'abduction et la rotation en dehors, ce qui a déterminé l'abaissement du bassin et la déviation de la colonne.