

mesurer la distance qui sépare l'épine iliaque de la malléole externe, on trouvera que cette distance diminue avec l'abduction de la cuisse, augmente avec l'adduction. En effet, l'adduction ferme le sinus d'un angle dont le sommet serait dans l'articulation et dont les côtés seraient représentés par deux lignes menées l'une de l'articulation à l'épine iliaque, l'autre de l'articulation à la malléole externe; l'adduction au contraire ouvre ce sinus.

Si donc les deux membres ne sont pas absolument parallèles à une ligne verticale passant par le centre du bassin, la mensuration donnera de fausses indications<sup>1</sup>.

Variations réelles. — Pendant longtemps on a présenté l'allongement et le raccourcissement de la cuisse comme deux phénomènes nécessaires dans l'évolution de la coxalgie. L'allongement s'expliquait par l'abaissement que la tête du fémur devait éprouver pour passer au-dessous du sourcil cotyloïdien, or cet allongement n'existe pas ou n'est pas appréciable. Le raccourcissement au contraire, souvent très réel, tient, soit à l'arrêt de développement du membre, soit à sa luxation dans la fosse iliaque.

7° Abscès. — Dans un grand nombre de cas la coxalgie détermine, à diverses époques de son évolution, des abcès intra-

1. Giraud-Teulon a décrit un procédé de mensuration plus rigoureux basé sur un principe de géométrie et sur une disposition anatomique : 1° les trois côtés d'un triangle étant connus, on peut déterminer la distance qui sépare son sommet de la partie moyenne de sa base; 2° L'articulation coxo-fémorale est à égale distance de l'épine iliaque et de l'ischion. — Cela étant, avec un compas d'épaisseur, on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque de l'ischion, et on la porte sur un tableau, c'est la base du triangle; puis on mesure la distance qui existe entre l'épine et le condyle externe, c'est le 2<sup>e</sup> côté du triangle, et enfin, entre ce condyle et l'ischion, c'est le 3<sup>e</sup> côté. L'intersection de ces deux derniers côtés donne le sommet du triangle et la perpendiculaire abaissée de ce sommet sur le milieu de la base donne la longueur du fémur. On agit de même du côté opposé : grâce à ce procédé, on a la véritable longueur du fémur, indépendamment de sa position d'abduction; par conséquent, si les deux perpendiculaires ne sont pas égales, c'est que l'un des fémurs est luxé ou ne s'est pas développé.

Chez la femme et chez l'enfant la cavité cotyloïde ne se trouve pas placée au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque de l'ischion : dans d'autres cas l'épaisseur des parties molles qui recouvrent l'ischion ne permet guère de préciser le point de cet os symétrique à l'épine iliaque. — Ce mode de mensuration peut donc lui-même être inexact.

ou extra-articulaires. Ces derniers se montrent à la cuisse, à la fesse, ou même dans le bassin, sur la face profonde de la cavité cotyloïde. Dans ce cas on recherche leur existence par le toucher rectal.

8° Atrophie du membre. — Symptôme constant et souvent très précoce, d'autant plus accusé qu'à l'atrophie vient se joindre l'arrêt de développement.

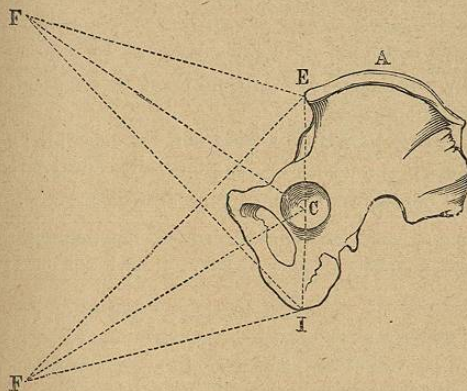


Fig. 56. — A. Os iliaque du côté gauche, vu par sa face externe. — C. Centre de la cavité cotyloïde. — I. Ischion. — E. Epine iliaque antérieure et supérieure. — F. Extrémité inférieure du fémur.

Marche et terminaisons. — La coxalgie est une maladie chronique dont la marche peut exceptionnellement prendre une allure assez vive. La *claudication* et les *douleurs* en sont les premiers indices, elles augmentent graduellement et nécessitent bientôt un repos absolu. Alors, on peut par exception voir la maladie s'arrêter (*terminaison par résolution*). Mais le plus souvent elle continue son évolution, le membre s'atrophie, la cuisse se fléchit et prend les diverses attitudes déjà mentionnées; à ce degré la guérison est encore possible, mais elle ne s'obtient qu'au prix d'une *ankylose*<sup>1</sup>.

1. Cette ankylose est fibreuse ou osseuse; dans le premier cas, les douleurs se re-

Souvent le processus morbide continue sa marche, il se forme dans la jointure et sur son pourtour des *abcès*, des *fistules* et le fémur abandonne sa cavité. Cette *luxation*, moins fréquente qu'on ne le croyait jadis, a été attribuée au gonflement de la synoviale, à celui du tissu adipeux qui occupe l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, à celui de la tête du fémur elle-même, à l'hydarthrose. Elle est assurément facilitée par la destruction du rebord cotyloïdien, de la tête du fémur, de la capsule, du ligament rond. L'attitude de la cuisse étant généralement la flexion et l'adduction, la tête du fémur s'échappe par l'échancrure ilio-ischiatique et va se placer dans la fosse iliaque externe.

Même à cette période, la guérison est possible ; toutefois, lorsqu'il existe des abcès et des fistules, le malade succombe souvent à l'épuisement, à l'infection putride, etc. <sup>4</sup>.

En résumé, au point de vue des résultats fonctionnels consécutifs à une coxalgie guérie, on peut diviser son évolution en deux périodes.

1<sup>re</sup> période. — La cuisse est fléchie, portée dans l'adduction et la rotation en dehors. La guérison peut être obtenue dans de bonnes conditions, avec une ankylose et un raccourcissement de 2 à 6 cent., le membre droit.

2<sup>e</sup> période. — La cuisse est fléchie, portée dans l'abduction et la rotation en dedans ; la guérison ne peut plus être obtenue dans d'aussi bonnes conditions, l'ankylose est constante, le raccourcissement considérable, souvent la cuisse est fléchie et peut même croiser le membre sain.

**Diagnostic.** — La coxalgie n'ayant pas de caractère pathognomonique, son diagnostic est parfois difficile.

#### A. CHEZ LES ENFANTS QUI NE MARCHENT PAS ENCORE, la coxalgie

produisent pendant de longues années à l'occasion du moindre mouvement ; dans le second cas, la soudure des deux os est complète. L'ankylose osseuse est donc préférable.

4. Broca a signalé dans la coxalgie des enfants la soudure prématurée du cartilage inter-épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur. Il en résulte que l'os cesse de s'allonger et que le membre malade reste plus court que l'autre.

La coxalgie détermine aussi l'atrophie de tous les muscles du membre inférieur et une atrophie du bassin qui ne frappe guère que le grand bassin, et par suite n'entrave pas l'accouchement.

peut être méconnue, car rien n'appelle l'attention sur elle ; mais si l'on en soupçonne l'existence, il est assez facile de s'en assurer : pour cela, tenez l'enfant suspendu, il va agiter le membre sain, tandis que le membre malade restera immobile et pendant. La jambe pendante est toujours la jambe malade, car toutes les fois que l'on soulève un enfant bien portant il remue instinctivement ses deux jambes. Si l'enfant est couché, pincez-le, il va crier, chercher à fuir ; mais pendant que la jambe saine s'agit à droite et à gauche, la jambe malade reste immobile ; examinez alors la jointure par les procédés indiqués, vous reconnaîtrez la coxalgie.

Vous ne la confondrez pas avec une *paralysie infantile*, car dans ce dernier cas il vous est facile d'imprimer, sans douleur, à l'articulation malade, toutes sortes de mouvements, tandis que dans la coxalgie ces mouvements sont impossibles, les tentatives d'extension fort douloureuses.

B. AVANT LA PÉRIODE DE SUPPURATION (à tout âge). — La coxalgie peut être confondue avec une *sciaticque*, une *arthralgie hystérique* (coxalgie hystérique), avec la *sacro-coxalgie*.

1<sup>o</sup> Avec la *sciaticque*. — Dans les deux maladies, il existe des douleurs sur divers points du membre abdominal, mais dans la sciaticque ces douleurs ont des lieux d'élection qui n'appartiennent pas à la coxalgie ; dans les deux cas, la marche est défectueuse, mais, tandis que les malades atteints de sciaticque marchent courbés en deux et comme en saluant, les coxalgiques se tiennent au contraire dans une rectitude exagérée. La jointure n'offre pas dans la névralgie la même immobilité que dans la coxalgie.

2<sup>o</sup> *Coxalgie hystérique*. — Chez certaines femmes hystériques il survient parfois des douleurs vives dans l'articulation de la hanche qui prend alors une attitude et une immobilité semblables à celles de la coxalgie ; mais, outre les éléments de diagnostic fournis par les autres symptômes hystériques, la marche de la maladie servira à la faire reconnaître ; en cas de doute, employez le chloroforme et vous verrez que l'articulation est parfaitement libre.

3<sup>o</sup> *Sacro-coxalgie*. — Dans la sacro-coxalgie, la douleur peut,

il est vrai, présenter la plupart des irradiations qu'elle offre dans la coxalgie, mais elle est toujours plus vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque, de plus les mouvements de la hanche sont libres.

C. LA SUPPURATION EXISTE. — A cette période, la coxalgie ne pourrait être confondue qu'avec un *mal de Pott* ou un *psôitis*, mais les abcès par congestion provenant d'un mal de Pott, d'un phlegmon de la fosse iliaque, ou d'un psôitis, ne feront pas croire à l'existence d'une coxalgie suppurée, car d'une part la douleur sur le trajet de la colonne vertébrale, et de l'autre la liberté de l'articulation coxo-fémorale, sont des symptômes absolument étrangers à la coxalgie.

La coxalgie reconnue, il faut déterminer l'état des parties malades. Nous dirons d'abord qu'il est à peu près impossible d'indiquer s'il s'agit d'une simple hydarthrose, d'une arthrite ou d'une véritable tumeur blanche, mais on sait que, dans l'immense majorité des cas il s'agit d'une tumeur blanche.

Cependant, chez un individu vigoureux, rhumatisant, pris rapidement des symptômes d'une coxalgie, il y a tout lieu de croire plutôt à un simple épanchement séreux dans la jointure qu'à une arthrite fongueuse.

Martin et Collineau ont cru pouvoir distinguer une coxalgie débutant par les os, de celle qui aurait pour point de départ les parties molles; mais les caractères sur lesquels ils s'appuient ne nous semblent pas suffisants pour donner au diagnostic une semblable précision.

*Existe-t-il une luxation?* On arrive à le reconnaître par la mensuration du fémur et par la constatation des signes habituels aux luxations traumatiques.

**Pronostic.** — La coxalgie est une maladie très grave, parfois mortelle et qui, alors même qu'elle guérit, compromet la marche par l'atrophie du membre malade et surtout par l'ankylose de la cuisse.

**Traitement.** — Recherchez avant tout si le sujet est scrofuleux, rhumatisant, et combattez ces diathèses par l'hygiène et les moyens appropriés.

Le traitement local est tout aussi important, il présente deux indications.

a) La première consiste à *immobiliser dans une bonne position la jointure malade*, et pour cela on peut employer la gouttière de Bonnet qui embrasse à la fois le tronc et les membres, les immobilise et prévient les mauvaises positions, soit un appareil plâtré ou amidonné. Verneuil a imaginé un appareil inamovible dont nous donnons la description en raison de son utilité pratique.

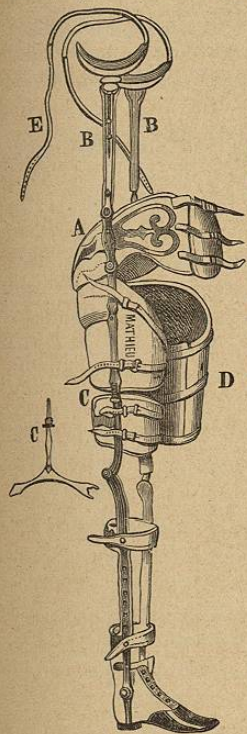


Fig. 57.

Fig. 57. — Appareil destiné à remédier aux lésions et aux difformités qui succèdent le plus souvent à la coxalgie guérie. Le but de cet appareil est de s'opposer pendant la marche à la luxation du fémur hors de la cavité cotyloïde, de lutter contre les difformités du tronc et le raccourcissement du membre.

APPAREIL DE VERNEUIL. — Il se compose de trois parties :

1° D'un caleçon sur lequel on a faufilé une couche épaisse d'ouate; ce caleçon recouvre le bassin et la jambe malade, il est coupé au niveau du pli de laine du côté sain.

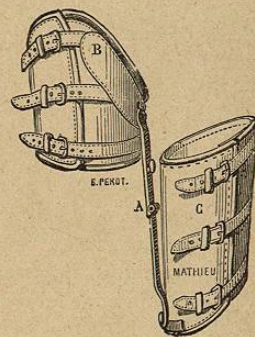


Fig. 58.

Fig. 58. — Appareil de nuit pour les coxalgies après leur guérison.

2° De trois attelles en fil de fer, larges de 10 centimètres (un peu moins lorsque l'appareil s'applique sur un enfant) ; l'une de ces attelles entoure le bassin, elle est donc circulaire ; les autres, qui viennent se fixer sur elles, lui sont perpendiculaires et descendent l'une sur sa partie antérieure, l'autre sur son côté externe (elles ne descendent qu'à mi-cuisse).

3° Un appareil dextriné est appliquée là-dessus, les bords du caleçon seront relevés et fixés par quelques tours de bande dextrinée afin de former d'épais bourrelets destinés à protéger contre le contact irritant de la dextrine.

On a proposé de traiter la coxalgie par l'extension continue, espérant ainsi calmer les douleurs engendrées par la pression réciproque des surfaces malades (Le Fort, David, etc.) ; Lannelongue a imaginé dans ce but un petit appareil à extension continue qui présente de grands avantages. On pourrait avoir également recours à l'appareil à extension employé dans le traitement des fractures du fémur (appareil de Hennequin). Peut-être ces douleurs cèdent-elles mieux à l'immobilisation et au redressement du membre du malade, redressement qui doit se faire sur le sujet anesthésié<sup>1</sup>.

b) La deuxième indication consiste à agir sur la jointure malade à l'aide de révulsifs, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires, cautère actuel, l'ignipuncture de Richet.

Lorsque les abcès sont accessibles, il faut les traiter par les injections d'éther iodoformé ou par le grattage.

S'il y a déjà ankylose et si toute trace d'inflammation a bien disparu, on pourra, si l'état général du malade le permet, tenter le redressement brusque ou graduel.

Dans les coxalgies suppurées, avec fistules, on peut pratiquer l'arthrectomie ou la résection de la hanche.

1. Le redressement du membre malade, auquel Bonnet attachait une si grande importance, convient surtout lorsque la coxalgie est récente et très douloureuse ; il peut encore être tenté lorsque, malgré l'ancienneté de la coxalgie, on a lieu de croire que l'ankylose n'est pas complète, mais il faut s'en abstenir dans les coxalgies suppurées.

Pour opérer ce redressement, le malade étant endormi, le bassin est solidement fixé par un aide et la cuisse est portée en divers sens, d'une façon prudente et graduelle. — Le redressement obtenu, le membre est placé dans un appareil immobilisateur.

La résection serait encore justifiée dans les coxalgies très douloureuses que l'extension ne calme pas.

Enfin si, le traitement ayant été mal dirigé, la coxalgie guérit en laissant le membre dans une attitude qui le rend absolument inutile, on est autorisé à remédier à cette fâcheuse infirmité par l'ostéotomie sous-trochantérienne, préférable au redressement brusque qui risque de réveiller la coxalgie mal éteinte ou de briser le fémur dans un point quelconque de son étendue.

#### k) Tumeur blanche du genou.

La tumeur blanche du genou, en raison de sa fréquence et de sa position superficielle, qui permet d'en suivre toutes les phases, est prise pour type dans la description générale des tumeurs blanches, aussi avons-nous peu de chose à dire sur son compte.

Voici ce qu'elle peut offrir de spécial. La position superficielle du genou l'expose plus particulièrement aux contusions, aussi sont-elles plus qu'en tout autre lieu l'occasion de la maladie. Les douleurs ne présentent rien de particulier ; elles peuvent s'irradier dans la jambe et le pied. Le gonflement est considérable ; il efface peu à peu les reliefs et les dépressions du genou, dont la forme devient globuleuse, laissant entrevoir au-dessous de la peau un riche réseau veineux.

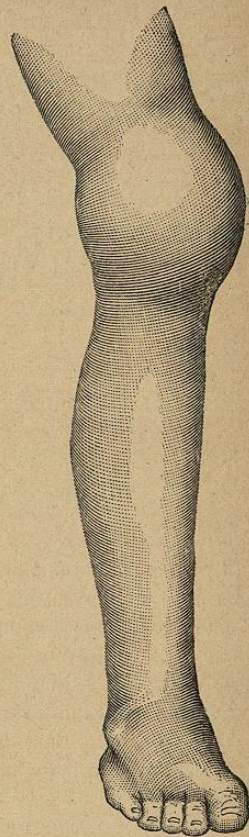


Fig. 59. — Genou atteint de tumeur blanche, avant l'établissement des fistules ; le genou est devenu globuleux, tous ses reliefs osseux se sont effacés, la peau est blanche, lisse, tendue ; la jambe est atrophiée.

La jambe peut rester dans l'extension, mais elle est plus habituellement à demi-fléchie ; à une période plus avancée, on aperçoit une ou plusieurs fistules sur les parties latérales du genou, et il se produit souvent une *subluxation* en arrière et en dehors par rotation externe.

Nous n'avons rien de spécial à dire sur le *traitement* de la tumeur blanche du genou ; l'immobilisation, les révulsifs, l'ignipuncture et la compression avec la ouate sont les meilleurs moyens à diriger contre elle ; quant à la résection du genou, avant l'emploi des méthodes antiseptiques, ses résultats étaient déplorables, et à cette époque on pensait que d'une manière générale l'amputation était préférable. Mais les pansements modernes ont complètement changé ces résultats et chez l'adulte la résection du genou est devenue une excellente opération.

Chez l'enfant, elle doit être rejetée, à cause du raccourcissement ultérieur du membre, par suppression des cartilages de conjugaison, et on s'en tient alors aux opérations partielles (évidements, résections atypiques).

*l) Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.*

Elle coïncide fréquemment avec les tumeurs blanches du pied et peut succéder à une *entorse*.

La douleur, l'impossibilité de la marche, le gonflement du cou-de-pied, très prononcé surtout en avant et en arrière des malléoles, sont les premiers symptômes de la maladie ; plus tard, la tuméfaction du pied est considérable ; le pus s'écoule par un certain nombre de fistules, mais les déplacements du pied sont rares.

De même que pour la tumeur blanche du genou on aura successivement recours à l'immobilité, aux révulsifs, à la compression, et, comme ressource ultime, à l'amputation.

*m) Tumeurs blanches du pied.*

Elles ne présentent aucun caractère spécial ; le pied se gonfle ; la marche, la pression, les mouvements imprimés au tarse, sont douloureux ; il se forme des fistules sur la face dorsale ;

si l'on y introduit un sylet, on arrive aisément sur des portions d'os cariés ou nécrosés, mais il est souvent très difficile de déterminer exactement les limites de la maladie.

Le traitement sera celui de toute tumeur blanche ; mais gardez-vous, surtout chez les jeunes sujets, de sacrifier trop rapidement une partie du pied, car la guérison s'obtient souvent spontanément après l'élimination d'un ou de plusieurs séquestres, que l'on pourrait d'ailleurs extraire si leur sortie se faisait trop attendre.

*C. — Hydarthrose (ἵδωρ, eau ; ἄρθρον, jointure).*

Boyer a donné le nom d'hydarthrose à l'accumulation d'un liquide transparent dans les cavités synoviales, liquide qui peut être de la synovie ou de la sérosité semblable à celle que sécrètent les séreuses atteintes d'hydropisie.

Les manifestations articulaires du rhumatisme et les diverses variétés d'arthrite déterminent, à une certaine période de leur évolution, l'épanchement d'un liquide transparent dans les jointures ; mais, pour qu'il y ait hydarthrose, il faut, d'une part, que l'élément inflammatoire soit assez modéré pour pouvoir être négligé, et d'autre part, que l'épanchement articulaire soit assez abondant pour présenter des indications spéciales, et enfin qu'il n'existe ni tuberculose, ni affection osseuse tenant cet épanchement sous sa dépendance.

**Étiologie.** — L'hydarthrose s'observe surtout dans les grandes jointures ; *l'articulation du genou* en est le siège de prédilection.

Les causes en sont mal connues : on peut admettre que *les gens lymphatiques, rhumatisants*, y sont prédisposés.

Quant aux causes occasionnelles, ce sont : l'impression du froid, les contusions, les coups, les chutes, entorses, fractures voisines, etc., la présence d'un *corps étranger* dans la jointure et toutes les maladies hydropigènes.

Aujourd'hui on regarde l'hydarthrose moins comme une affection idiopathique que comme le symptôme d'une lésion lé-