

fémorale blennorrhagique comme rare, son existence ne saurait être mise en doute; BRANDES l'aurait observée dix (10) fois sur vingt-deux (22) arthrites blennorrhagiques, ROLLET cinq (5) fois sur vingt-huit (28) et FOURNIER une fois sur trente-deux (32).

Le traumatisme même abrité est quelquefois susceptible de produire la coxite suppurée; un exemple saisissant a été publié par LE FORT (*Soc. de chir.*, 1880). Un de ses malades succomba en cinq jours à la suite d'une arthrite suppurée d'origine traumatique.

Symptômes. Complications. — Nous passerons sous silence les symptômes généraux graves communs à toutes les arthrites; ils acquièrent dans quelques circonstances une assez grande intensité pour marquer la lésion locale. De bonne heure la hanche devient douloureuse, les mouvements pénibles, impossibles et le malade prend une attitude qui relâche ses muscles; le plus grand nombre placent leur membre dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, d'autres dans l'adduction et la rotation en dedans.

Une des particularités curieuses de ces coxites suppurées est leur tendance à produire des luxations de la tête du fémur. NÉLATON a observé une luxation spontanée du fémur au dix-septième jour d'une scarlatine. HUETER, GUTERBOCK VERNEUIL ont également attiré l'attention sur cette complication dans d'autres maladies. Le mécanisme de cette dislocation est encore loin d'être éclairci. Si nombre d'auteurs acceptent la théorie de l'éclatement de la capsule par distension, il faut reconnaître que les altérations profondes des ligaments et des surfaces favorisent le déplacement. D'ailleurs la pathogénie de la luxation spontanée reste obscure, car on la rencontre dans des cas où l'arthrite n'est pas aiguë. PITHA pour les luxations non inflammatoires faisait intervenir la prolongation du décubitus dans une position fixe.

Certaines arthrites aiguës n'aboutissent pas à la suppuration, bien que les désordres intra-articulaires soient assez étendus; telle est la forme de l'arthrite plastique ankylosante qui amène la fusion des surfaces osseuses et l'ankylose complète. L'examen d'un bon nombre de pièces nous porte à croire qu'elle n'est pas rare; le rhumatisme détermine parfois des effets analogues; VOLKMANN dut faire l'ostéotomie sous-trochantérienne à un malheureux qui, à la suite d'une attaque de rhumatisme, avait eu toutes les articulations des deux membres inférieurs ankylosées.

Parmi les complications des arthrites de la hanche nous signalerons la formation des abcès péri-articulaires, le psittis, la perforation du cotyle, la septicopyohémie. Si n'intervient pas de bonne heure dans les cas graves, les malades sont souvent exposés à la mort.

Traitement. — Dès que les symptômes d'une arthrite aiguë apparaissent, le chirurgien doit remplir deux indications principales: 1° calmer dans la mesure de ses moyens l'intensité des phénomènes inflammatoires et chercher la résolution; 2° placer le membre dans une position qui, dans l'éventualité d'une ankylose, ne compromettrait pas trop les fonctions. Pour les réaliser on s'est adressé à l'immobilisation, à l'extension continue à l'aide des poids; localement les antiphlogistiques, les sangsues calment la souffrance, les larges vésicatoires réussissent dans quelques cas à diminuer l'acuité des symptômes

inflammatoires, mais la profondeur de l'article ne permet pas d'intervenir avec une grande efficacité.

Si la jambe se trouvait dans une mauvaise position, on devrait commencer par la redresser après anesthésie et on appliquerait l'extension continue; cette seule opération suffit parfois pour améliorer l'état des malades.

Lorsqu'au lieu de céder le gonflement augmente, lorsque les symptômes généraux restent menaçants et qu'il y a lieu de soupçonner la suppuration de l'article, l'hésitation n'est plus permise, et de nos jours les chirurgiens incisent largement la hanche en avant ou en arrière de façon à ouvrir l'articulation et évacuer le pus; cette manière de faire serait encore plus urgente s'il existait un abcès en quelque point. Après l'ouverture de la capsule la conduite variera; si les os paraissent malades la résection devra être pratiquée immédiatement. Ce sera le meilleur moyen d'éviter la persistance des accidents, de nettoyer l'article et d'abrèger la durée de la période fistuleuse toujours très longue.

2° ARTHRITE TUBERCULEUSE DE LA HANCHE. — COXALGIE

Bibliographie. — J.-L. PETIT, *Mém. de l'Acad. royale des sciences*, p. 417, 1722. — SABATIER, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. VII, p. 585, 1774. — FRANK, *Diss. de Morbo Coxario*, Marburg, 1804. — BOYER, *Leçons sur les maladies des os*, 1803. — D.-J. LARREY, *Clin. chir.*, t. III, 1829. — RUST, *Arthrokakologia*, Vienne, 1817. — CRUVEILHIER, *Arch. gén. de méd.*, 1824, et *Traité d'anat. path. gén.*, 1849. — MALGAIGNE, *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, 1832, p. 59, et *Leçons d'orthopédie*, 1862. — FRICKE, *Allgm. med. Zeitung*, Berlin, 1833. — GERDY, *Arch. gén. de méd.*, 1840. — LE SAUVAGE, *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2^e série, t. IX, et *Ibid.*, 1837, t. XIV. — VELPEAU, *Mém. sur les tumeurs blanches*, 1837. — BOUVIER, *Leçons sur les mal. de l'appareil locomoteur*, 1856. — PARISE, *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XIV, p. 1, 3^e série, et 1843, t. II, 4^e série. — BONNET, *Journ. de chir. de Malgaigne*, t. 1^{er}, 1842; *Traité des maladies des articulations*, 1845, et *Thérap. des mal. articulaires*, Paris, 1853. — CROCO, *Traité des tumeurs blanches des articulations*, Bruxelles, 1853. — GIBERT, *Études cliniques sur la coxalgie des enfants*, 1859. — HANCOCK, *Med. Times and Gaz.*, 1857. — VERNEUIL, BOUVIER, *Soc. de chir.*, 1865. — LE FORT, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXV, p. 445. — PHILIPPEAUX, *Traité et therap. de la coxalgie*, 1867. — GIRALDÈS, *Mal. chir. des enfants*, 1868. — GOSSELIN, *Bull. de therap.*, 1862, p. 41, et *Clin. chir.*, 1876. — BECKEL, *Gaz. des Hôp.*, 1869, p. 41. — MARTIN et COLLINEAU, *De la coxalgie*, Paris, 1865. — VOLKMANN, *Berl. klin. Wochens.*, 1868. — REYHER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, t. IV, 1873. — VOLKMANN, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 51. — E. BECKEL, *Bull. gén. de therap.*, 1875, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1876 et 1878. — CAZIN et PERROCHAUD, *Soc. de chir. de Paris*, 1876. — BAUDON, *Ibid.* — MONOD, *Arch. gén. de méd.*, 1878. — OLLIER, *Congrès de Clermont*, 1876. — ANNANDALE, *Pathol. of the Hip Diseases*, Édimbourg, 1876. — HABERERN, *Centr. f. Chir.*, 1881. — CAZIN, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1881. — BARWELL, *Treatise of Diseases of the Joints*, 1881. — VERNEUIL, TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1881. — KENIG, *Die Tub. der Knochen u. Gelenke*, Berlin, 1884. — OLLIER, *Rev. de chir.*, 1881, et *Congrès int. de Londres*, 1881. — TRÉLAT, *Union méd.*, 1884. — E. BECKEL, TRÉLAT, VERNEUIL, POULET, *Congrès français de chirurgie*, 1885. Thèses de Paris. — 1801, BARRAS. — 1806, VERBECK. — 1829, JOLLY. — 1840, VICHERAT.

— 1844, MAISONNEUVE (Agrég.), RICHTER. — 1848, RIPERT. — 1850, JOURDAN, RIZET. — 1852, MAGNIER. — 1859, CLOCHARD. — 1860, BAZIRE, TACQUOY. — 1861, PIET-LESTRADE. — 1862, JIORGI. — 1863, LABBÉ (Agrég.). — 1865, COCHET, PADIEU. — 1868, TESTIVENT. — 1869, GOOD, NICAISE, (Agrég.). — 1870, PRONOWSKI. — 1871, VINCENT, BARATIER, BOUCHER, VACHERIE. — 1874, RENOU. — 1875, CAZALIS. — 1877, CHARRIER, MILLIÉS-LACROIX, FRATOSCITÉNU, STOCKY, BERGUIEN. — 1878, BERGERET, ARMAND. — 1879, NIELLY, MONTALIER. — 1880, BENOIT, CASTEX. — 1881, EVESQUE, NÈBLE, VARAILLON. — 1883, CADET-NAUDET, SIMONNEAUX, DHOURLIN. — 1884, GRENIER.

Thèse de Montpellier. — 1860, BONNES. — Thèse de Lyon, 1883, GOULLIQUOD.

Thèses de Strasbourg. — 1865, ISAAC. — 1872, LANGE.

Thèse de Lille. — 1881, ALEXANDRE, WARTEL.

Article COXALGIE du *Dictionnaire encycl. des sc. méd.*, par MATHIEU, STRAUSS.

SYNONYMES. — Coxalgie. — Tumeur blanche coxo-fémorale. — Coxarthrocae

Historique. — *Première période.* — L'histoire de la coxalgie comprend quatre périodes. Dans la première, qui s'étend depuis l'antiquité jusqu'à J.-L. PETIT, l'affection est à peine connue, la luxation de la hanche a spécialement frappé les opérateurs et c'est sous ce nom qu'elle restera longtemps désignée. On se contente de remédier au mal par de vigoureuses cautérisations et d'imaginer des hypothèses pour expliquer la dislocation. HIPPOCRATE l'attribuait à un amas de mucosités, ASCLÉPIADE au gonflement inflammatoire, GALIEN à la sérosité. Les chirurgiens du moyen âge connaissaient mieux les symptômes sans avoir des idées plus nettes sur la nature de la maladie.

Deuxième période. — Avec J.-L. PETIT (1722) commence une période nouvelle; il attire de nouveau l'attention sur les luxations spontanées du fémur et fait intervenir le traumatisme comme une cause occasionnelle presque constante, primitive ou secondaire, dans le déplacement de la tête du fémur. D'ailleurs l'amas de synovie épanchée dans la jointure la prédispose à cet accident. Pendant près d'un siècle nous ne trouvons aucun travail très important; les uns se bornent à apporter leur appui aux idées de J.-L. PETIT; d'autres, comme SABATIER, refusant au traumatisme le rôle principal, incriminent des causes internes. Bien plus, la théorie de la luxation de la tête fémorale par l'accumulation de sérosité perd de son crédit; BICHAT (1798) fait intervenir le gonflement des cartilages et plus tard BOYER considère l'accumulation de sérosité comme ayant un effet inverse de celui admis par les anciens.

Troisième période. — A mesure que la coxalgie est mieux étudiée, l'idée de la luxation s'efface. D.-J. LARREY montre que c'est une complication assez rare, plutôt qu'une maladie; de son côté, RUST, dans son *Arthrokakologie*, fait jouer à une ostéite centrale de la tête du fémur le rôle prépondérant. Ses idées étaient sur nombre de points erronées, mais nul doute qu'il n'ait entrevu la vérité. En même temps l'anatomie pathologique fait des progrès notables auxquels se rattachent les noms de BRODIE, PALETTA qui crée le mot de *coxitis*, DZONDI, FRICKE. Ce dernier démontre que la luxation est intimement liée à l'usure du bord postéro-supérieur du cotyle. Puis parurent les travaux de PARISE et surtout ceux de BONNET, de MALGAIGNE. Tous les symptômes sont soumis à une étude attentive, à une critique parfois vive et passionnée. Cependant

BONNET réalise par le redressement et l'immobilisation un progrès considérable.

Quatrième période, contemporaine. — Les principales recherches ont trait à la nature de la maladie et à sa thérapeutique. La nature tuberculeuse de la coxalgie est reconnue, ce qui permettra un jour de distinguer les diverses arthropathies jusqu'ici décrites sous le nom trop vague de coxalgie. A cette période appartiennent encore la résection et l'extension continue.

Définition. — L'arthrite tuberculeuse ou coxalgie est une affection de la hanche, presque toujours d'origine osseuse, plus rarement capsulaire, produite par le bacille tuberculeux.

Étiologie. — Aux nombreuses causes que jusqu'en ces dernières années les auteurs invoquaient pour expliquer l'apparition de la coxalgie, nous en substituerons une seule, l'agent tuberculeux. Ici comme pour les autres tumeurs blanches, c'est le bacille de Koch qu'il faut incriminer. Toutes les circonstances, autrefois regardées comme déterminantes, n'ont plus aujourd'hui qu'une action secondaire. Elles s'appliquent aussi bien à la tumeur blanche du genou qu'à celle de la hanche et préparent seulement un terrain plus favorable à l'ensemencement, à la localisation et à l'évolution des germes parasitaires. Ceci posé, nous passerons succinctement en revue les conditions les plus favorables au développement de la coxalgie.

L'enfance est si prédisposée à l'arthrite tuberculeuse coxo-fémorale que la plupart des auteurs ont trop exclusivement en vue la coxalgie du jeune âge dans leurs descriptions; on la rencontre également chez les adultes, les nombreuses pièces des musées montrent assez qu'elle ne les épargne pas. Divers observateurs, BROCA, VERNEUIL, MOREL-LAVALLÉE, PADIEU, ont signalé l'affection jusque chez le fœtus. Néanmoins le maximum de fréquence serait de cinq à dix ans. A cet âge les points d'ossification qui forment le fond du cotyle, le noyau osseux de la tête du fémur sont en pleine activité et c'est, on le conçoit aisément, une condition éminemment favorable à la localisation des germes.

Cette maladie intéresse à peu près également les deux sexes, se localisant de préférence, sans que l'on sache pourquoi, sur le côté gauche. Dans le groupe des tumeurs blanches la hanche vient immédiatement après le genou, et, au point de vue de la carie du squelette, HUETER la place au troisième rang après les vertèbres et le genou. Autrefois la coxalgie passait pour héréditaire; il n'y a plus lieu actuellement de faire intervenir une semblable étiologie lorsqu'on voit deux enfants dans le même milieu présenter des manifestations tuberculeuses identiques.

Parmi les causes prédisposantes banales, rappelons le tempérament lymphatique, ce qu'on appelait jadis le vice scrofuleux, la misère physiologique, la vie des grandes cités, l'aération et l'alimentation insuffisantes, insalubres, l'humidité, l'influence rhumatique à laquelle DZONDI attribuait une puissance bien exagérée, et par-dessus tout la contamination dans un foyer infecté. Il faut laisser de côté les maladies éruptives, fébriles, jadis uniformément invoquées; nous l'avons dit ailleurs, elles créent des arthrites spéciales et non l'arthrite tuberculeuse, la vraie coxalgie. Tout au plus pourrait-on admettre

avec VERNEUIL qu'en affaiblissant l'économie, elles accroissent notablement sa réceptivité. Mentionnons encore l'influence admise par BARWELL (*The Lancet*, 1879) du phimosis et de l'onanisme; elle semble bien problématique.

Il est un facteur auquel J.-L. PETIT accordait une action prépondérante et que nous ne saurions passer sous silence; c'est le traumatisme. Son action paraît indéniable à bien des auteurs; tantôt il s'agit de l'entorse coxo-fémorale juxta-épiphysaire (OLLIER, DHOUREIN) consécutive d'ordinaire à un mouvement d'abduction forcée, tantôt de chutes sur le grand trochanter, de contusions (BOUVIER). Dans la théorie moderne le traumatisme crée seulement un point faible, prédispose à l'auto-inoculation.

Dans tout ce qui précède il n'a été question que des coxalgies primitives, débutant d'emblée dans les éléments de la jointure; il n'est pas très rare d'observer des coxalgies secondaires par propagation d'inflammations de voisinage. Ainsi on a vu des abcès par congestion de la gaine du psoas, des collections inflammatoires de ce muscle ou des bourses séreuses péri-articulaires (bourses du fessier, du psoas) se faire jour dans l'article et amener la coxalgie.

Anatomie pathologique. — Il nous paraît difficile de décrire la coxite tuberculeuse avec les travaux un peu anciens. Si les os des musées conservent les traces du travail destructeur, s'ils peuvent fournir de précieux indices sur le processus de la carie articulaire, nous sommes encore pauvres en matériaux pour construire l'histoire des lésions capsulaires. Les occasions d'observer les lésions synoviales au début sont loin d'être fréquentes; HOLMES, MARJOLIN, GUÉNIOT ont eu cette bonne fortune; malheureusement leurs descriptions remontent à une époque où la synovite tuberculeuse était inconnue et ils n'ont pu signaler que la congestion, le gonflement et quelques altérations macroscopiques banales. C'est donc sur les travaux de VOLKMAN, KÖNIG, les préparations du laboratoire d'histologie du Val-de-Grâce faites par KIENER et POULET que nous appuierons les descriptions suivantes.

La coxite tuberculeuse présente deux formes distinctes : l'arthro-synovite ou forme capsulaire et l'ostéo-arthrite ou forme osseuse. De l'avis général cette dernière est de beaucoup la plus fréquente, surtout dans l'enfance, d'après ERICHSEN, LANNELONGUE, HUETER, CAZIN, etc.

1° *Arthro-synovite.* — Les lésions macroscopiques communes à toutes les tumeurs blanches n'offrent ici rien de spécial. A la période congestive, des granulations miliaires apparaissent dans la synoviale, et la capsule qui subit un gonflement notable devient rosée, mamelonnée. Plus tard les fongosités se forment; elles sécrètent un liquide d'abord séreux, puis purulent. Les bourgeons tuberculeux qui tapissent la capsule, recouverts d'une couche de nécrose de coagulation, sèment les éléments virulents dans toute la jointure. Peu à peu le ligament rond se trouve ramolli, gonflé et perd sa résistance.

D'autre part les os primitivement indemnes éprouvent les effets de l'arthrite; les cartilages diarthrodiaux attaqués sur leurs bords par la chondrite panneuse superficielle, à leur insection sur l'os par la chondrite panneuse profonde se décollent, se perforent çà et là et les fongosités perforantes se tuberculisent au contact du contenu de l'article. Tantôt l'os lui-même résiste, ainsi que nous

en avons observé de curieux exemples, tantôt la carie s'enfonce en forme de coin dans l'épaisseur des têtes osseuses. A partir de ce moment les lésions ne diffèrent plus de celles de l'ostéo-arthrite.

Il est nécessaire de revenir sur quelques-unes des particularités de cette variété. A la période de l'exsudation une certaine quantité de liquide s'accumule dans la jointure et les auteurs ont fait jouer un rôle important à l'hydarthrose dans la production de la luxation. Or, sans nier l'influence que peut exercer

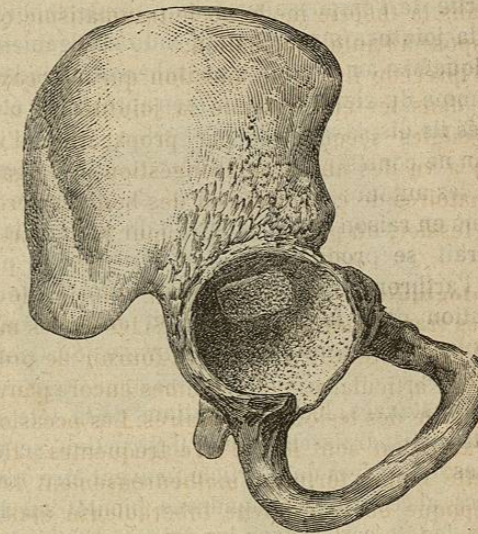


Fig. 253. — Tubercule primitif circonscrit avec séquestre de l'acétabulum ayant amené une coxalgie. Mort de phthisie après désarticulation coxo-fémorale. (Musée du Val-de-Grâce.)

l'épanchement dans la distension de l'article, dans l'amincissement de la capsule surtout en arrière, aucun fait ne démontre qu'elle suffise à produire le déplacement de la tête du fémur. Ajoutons que l'arthro-synovite ne débute pas constamment par la synoviale; dans divers cas la tuberculose commence par former des abcès périphériques extra-capsulaires qui plus tard altèrent la synoviale et se propagent à l'article. En somme, le développement de la tuberculose est concentrique, tandis que dans le premier cas il était excentrique.

2° *Ostéo-arthrite.* — Nombre d'auteurs décrivent isolément les lésions de la tête et celles de l'acétabulum. Sans pouvoir dire actuellement quelles sont les plus communes, nous pencherions volontiers pour accorder la prédominance à l'acétabulite.

D'ailleurs dans les périodes avancées de la maladie, alors qu'il n'y a plus que des ruines, la constatation devient impossible à moins que quelque tubercule circonscrit avec séquestre ne révèle l'origine du mal. Toutes les formes du tubercule osseux se retrouvent à la hanche, depuis le tubercule primitif circonscrit avec ou sans séquestre, jusqu'à la forme infiltrée, carieuse avec gros séquestres adhérents, correspondant à l'*osteomyelitis granulosa* des Allemands.

Tête du fémur. — VOLKMANN, un des chirurgiens qui ont le mieux étudié les altérations tuberculeuses de la tête du fémur, admet plusieurs variétés. Il a représenté des foyers tuberculeux de la tête et du col qui s'ouvraient à l'extérieur par un long trajet fistuleux; en pareil cas il ne saurait exister qu'une synovite subaiguë de voisinage. Dans l'enfance, le tubercule se localise dans l'un ou l'autre des noyaux osseux qui constituent la tête et le col. Par suite des progrès du mal, de l'envahissement de la tête articulaire, le tubercule affleure à la surface ou déverse ses produits dans la jointure. Plus tard il n'est pas rare de voir tout ou partie de l'épiphyse supérieure se détacher, se séquestrer et devenir libre dans la jointure ou rester appendu au ligament rond; les cartilages forment quelquefois au niveau d'un tubercule condensé, des plaques lisses, brillantes comme du vieil ivoire; ou bien après avoir été décollés, soulevés, rongés, perforés ils disparaissent.

Dans aucun cas on ne constate cette soufflure, ce gonflement excentrique de la tête dont parlent les auteurs même récents. La tête et le col ne sauraient augmenter de volume en raison de l'absence ou du peu de vitalité du périoste; ce travail ne pourrait se produire que par suite d'une prolifération intérieure, comme dans l'arthromalacie, la formation kystique. Nous n'avons jamais vu semblable altération dans la tuberculose et on a certainement fait une confusion avec d'autres affections. Déjà CROUTHER, S. COOPER niaient cette augmentation de volume.

Dans quelques circonstances, les modifications de la tête et du col sont si graves que ces parties disparaissent; cette destruction se rencontre plutôt chez les enfants. Les désordres de l'article peuvent être très considérables avant l'ouverture des abcès. Nous reviendrons bientôt sur la rainure transversale que présente la tête cariée dans les dernières périodes.

Acétabulum. — Les faits de MARJOLIN, DHOUDIN, etc., prouvent que l'altération tuberculeuse du cotyle, surtout dans la jeunesse, est susceptible de débiter à l'intérieur du bassin, au niveau du périoste post-acétabulaire et de l'obturator interne. Ces tubercules resteraient assez longtemps indépendants de la jointure; malgré leur suppuration la coxite serait éventuelle et secondaire. Habituellement les tubercules primitifs simples ou multiples, circonscrits ou diffus, viennent de bonne heure affleurer dans l'article et provoquer la synovite granuleuse. Avant la soudure des cartilages, en raison de la séparation des trois parties du cotyle, les lésions restent plus facilement localisées qu'à l'âge adulte; en général dans ce dernier cas, il existe de gros tubercules du volume d'une noisette, adhérents ou libres, qui se logent dans des cavités arrondies, de préférence en haut et en arrière. Quelques-uns tombent dans l'article et même peuvent être éliminés lorsque le pus de la jointure s'est frayé une voie vers les parties superficielles. Dans la coxalgie confirmée, ce sont les parties postéro-supérieures du cotyle qui subissent les altérations les plus graves; elles consistent en une usure plus ou moins marquée par le fait de la pression de la tête du fémur et de la carie. On attribue généralement cette pression à la rétraction ou à la contracture des fessiers, mais, suivant nous, ces derniers s'ils jouaient le rôle prépondérant tendraient à luxer la tête en avant. Aussi pensons-nous que l'on doit rapporter à l'action des adducteurs cette pres-

sion et l'usure pathognomonique du sourcil cotyloïdien qui en est la conséquence. Il n'est pas rare de voir à ce niveau le séquestre tuberculeux reconnaissable à son tissu plus dense, comme sur la figure 254. C'est encore à cette pression qu'il convient d'attribuer la rainure transversale que l'on observe de la sur la tête du fémur. Celle-ci a perdu sa forme sphérique aux dépens partie postéro-supérieure.

Avec les progrès du mal, la carie articulaire s'étend, la cavité s'agrandit en respectant pendant longtemps la partie antéro-inférieure (LABBÉ). Maintes fois le fond du cotyle est perforé; l'ouverture a pu être assez grande pour permettre le passage de la tête et la luxation intra-pelvienne. POULET a eu l'occasion d'étudier plusieurs pièces où la perforation s'était produite directe-

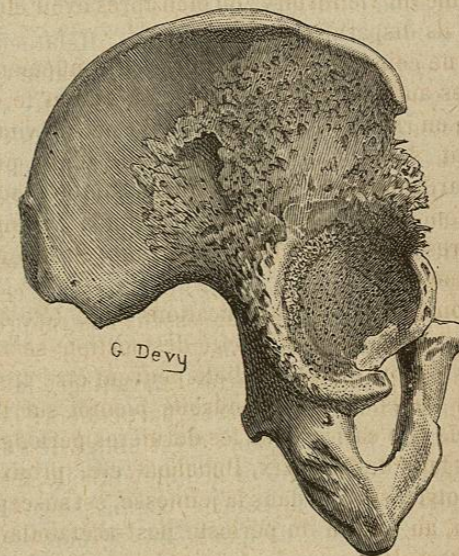


Fig. 254. — Usure du bord postérieur du cotyle. Altérations périphériques de la fosse iliaque externe. Carie de l'acétabulum.

ment en haut à travers la partie supérieure du cotyle et établissait ainsi une communication directe entre la fosse iliaque et le cotyle.

Les parties voisines portent d'ordinaire les traces de l'affection articulaire; généralement il existe en arrière et au-dessus du cotyle ou au niveau des insertions trochantériennes de la capsule, des ostéophytes stalactiformes, sortes de palissades. Ceux qui siègent en arrière du cotyle sont arqués, assez longs et tous obliquement dirigés de bas en haut; ils hérissent en quelque sorte le pourtour de la cavité. Si les abcès ont envahi la fosse iliaque, cette partie du bassin se recouvre de couches osseuses nouvelles, grisâtres, criblées de trous imperceptibles; ces stratifications augmentent sensiblement l'épaisseur de l'os.

Les altérations des parties molles périphériques, la dégénérescence, l'atrophie, la transformation fibreuse des fessiers ne font jamais défaut; le tissu cellulaire lardacé, traversé par des fistules anfractueuses multiples, est farci