

la face antérieure, en dehors du muscle droit fémoral qui peuvent rester longtemps stationnaires.

Quand l'abcès s'ouvre, il reste une fistule qui peut persister indéfiniment. Le trajet suppure pendant des années puis peut se fermer momentanément, mais pour se rouvrir spontanément même après des années.

D'une manière générale, on peut dire que la suppuration est jusqu'à un certain point proportionnelle aux lésions osseuses destructives. Une suppuration longue et abondante est généralement associée à un raccourcissement considérable de la jambe. En même temps que les lésions osseuses et que l'ankylose de l'extrémité fémorale (en général luxée) au bassin, la croissance de la jambe correspondante est entravée. Au bout de 10 ans, on trouve la jambe malade amaigrie d'une manière frappante, très raccourcie, dans l'adduction et la flexion; la région péri-articulaire est remplie de nombreuses cicatrices profondes qui s'ouvrent de temps en temps.

Dans un certain nombre de cas, où la suppuration se prolonge pendant des années, les viscères abdominaux subissent une dégénérescence amyloïde, ou les poumons se tuberculisent et le malade succombe.

Mais dans les cas les plus heureux, qui sont je le répète la majorité, la coxalgie se termine par un raccourcissement plus ou moins prononcé du membre et un certain degré d'ankylose.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Il nous reste encore à parler des affections qui pourraient être confondues avec la coxalgie. Il est évident que la confusion n'est possible qu'au début de la maladie, car plus tard les symptômes de la coxalgie sont si considérables et si évidents qu'il est impossible d'être dans le doute.

Nous avons dit que le signe le plus important de la coxalgie était la fixité de l'articulation, par conséquent la transmission directe au bassin des mouvements de la cuisse. C'est là le premier signe.

Supposons donc maintenant que le bassin suive les mouvements de la cuisse, il reste encore à se demander si on n'est pas en présence d'une autre affection s'accompagnant du même signe. Il arrive en effet parfois qu'une contracture dans la flexion de l'articulation coxo-fémorale soit due à une *inflammation d'un corps de vertèbre lombaire*. L'enfant tient sa jambe malade dans une flexion modérée; si on cherche à mettre le membre dans l'extension, le bassin suit ces mouvements. Il est vrai que cette affection est généralement accompagnée d'autres symptômes tels que l'incontinence de l'urine ou des matières fécales ou d'une contracture dans la flexion du membre opposé. Ces signes indiquent une lésion de la moelle épinière et il faudrait une grosse erreur dans l'exa-

men du malade pour ne pas songer à chercher une vertèbre douloureuse.

Dans le *psoriasis*, la jambe est dans la flexion, et quand on essaye de la mettre dans l'extension, le bassin suit exactement le mouvement du membre: en même temps la colonne lombaire, suivant l'inclinaison pelvienne, se courbe en lordose; si on s'arrêtait à ces signes pour faire le diagnostic, on concluerait à une coxalgie; mais si on met la cuisse dans la flexion, l'abduction ou l'adduction, on voit que l'articulation est parfaitement libre, ce qui exclut l'idée d'une coxalgie.

Certains *sarcomes de l'extrémité supérieure du fémur* peuvent rester longtemps bien obscurs. En général, dans les néoplasmes des extrémités articulaires, l'articulation même est intacte; la position pathognomonique et la contracture font défaut. Toutefois on voit de temps à autre des sarcomes centraux de l'extrémité supérieure du fémur qui non seulement s'accompagnent de douleurs notables, mais d'une légère contracture, de sorte que le bassin suit un peu les mouvements de la cuisse. Ceux qui n'ont pas vu des cas de ce genre ont peine à croire que l'on puisse être dans le doute. Il est vrai que les violentes douleurs, même pendant le repos et dès le début de l'affection, et le fait que le bassin ne suit la cuisse que lors de mouvements d'une certaine étendue, mettront le clinicien sur la voie.

En ce qui concerne ce que l'on appelle généralement la *sacro-coxalgie* nous avons déjà dit précédemment ce qu'il y avait à dire. Il n'est guère possible de se tromper. Mais beaucoup plus difficile est le diagnostic avec la *coxalgie hystérique*. Brodie a attiré le premier l'attention sur les affections nerveuses des articulations, et depuis la question a été étudiée par Philippeaux, Robert, Verneuil, Es-march, Wernher et d'autres. Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que cette affection n'est qu'une localisation d'une névrose générale due à l'hystérie ou à l'hypochondrie; seul Wernher a soutenu que la coxalgie nerveuse était très souvent une maladie purement locale, n'ayant rapport qu'avec l'articulation même, ses nerfs et ses muscles, mais qui peut toutefois être liée à une affection générale du système nerveux. Voici quels seraient à peu près les signes de cette maladie: il existe une attitude pathognomonique du membre; l'articulation est fixée par les muscles et cependant elle n'est pas enflammée; la maladie peut se guérir très rapidement, mais elle subsiste quelquefois pendant des années; en tous cas, on n'observe jamais ni suppuration, ni carie, ni destructions articulaires, etc.

Citons un exemple: « Une jeune fille de 14 ans florissante et bien formée est amenée à l'hôpital pour une coxalgie droite. Elle est dans l'attitude coxalgique complète de la première période. Le membre paraît être allongé d'un pouce,