

Les kystes du creux poplité ont une marche lente; ce sont des affections gênantes pour les fonctions du membre, plutôt qu'elles ne sont graves. Ils sont susceptibles toutefois de s'enflammer, ce qui ne laisse pas que d'acquiescer un réel caractère de gravité, si la suppuration se développe dans leur intérieur, étant donnés leurs rapports de voisinage ou même de continuité avec l'articulation du genou. Dans d'autres cas, les kystes se rompent et ce peut être là l'origine de la guérison; le plus souvent, cependant, du liquide se collecte de nouveau dans la tumeur, et l'on voit survenir la récurrence.

Traitement. — Avant l'ère antiseptique, le traitement des kystes du creux poplité ne laissait pas que d'être une question fort embarrassante pour le chirurgien. Ici, comme dans le traitement des kystes du poignet, on se trouvait pris entre cette alternative d'avoir recours à des moyens d'une efficacité douteuse, ou bien d'employer un traitement énergique, mais plein de dangers, vu les rapports de la tumeur avec l'articulation du genou. Aujourd'hui, la question a complètement changé de face.

Tant que les kystes du creux poplité sont d'un très petit volume et ne causent qu'une gêne insignifiante, on peut les respecter ou se contenter d'applications de teinture d'iode à leur surface, de l'emploi de la compression qui a l'avantage de s'appliquer en même temps à l'hydarthrose concomitante. Mais pour peu que les kystes atteignent un volume considérable, qu'ils causent une gêne très marquée ou même de véritables douleurs, il faut avoir recours à un traitement plus actif. Si le kyste n'est pas réductible, on peut essayer d'abord la ponction et l'injection iodée; mais souvent ce moyen restera impuissant; le contenu du kyste, en effet, peut être assez dense et gélatineux pour ne pas faire issue à travers la canule du trocart. En cas d'échec par ce moyen, on pratiquera, soit l'incision et même l'excision du kyste, soit l'ablation de la tumeur. On se guidera en pareil cas sur la mobilité ou l'adhérence de la poche, sur ses rapports avec les parois voisines. Si la dissection complète de la tumeur semble trop dangereuse, on se contentera de l'incision, suivie de l'excision des parois dans une étendue aussi grande que possible; on touchera ensuite tout l'intérieur de la cavité avec une solution antiseptique, solution phéniquée forte ou chlorure de zinc, et l'on réunira en laissant un drain dans la poche. Dans le cas contraire, on procédera comme s'il s'agissait d'un néoplasme et on disséquera complètement la tumeur. On pourra alors faire la réunion sans drainage.

S'agit-il d'un kyste réductible, communiquant par conséquent avec la synoviale articulaire, il sera plus sage de s'abstenir de tenter la ponction et l'injection iodée, pour recourir d'emblée à l'extirpation de la tumeur. Si celle-ci peut être faite complètement, il suffit de jeter une ligature sur son pédicule pour interrompre toute communication avec la jointure et se trouver ramené aux conditions d'un kyste simple.

III

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA HANCHE ET DE LA RÉGION INGUINALE

1^o ARTHRITES DE LA HANCHE — COXALGIE

L'articulation coxo-fémorale peut être le siège d'un grand nombre d'arthrites de natures très diverses. C'est ainsi qu'on y rencontre des arthrites traumatiques, des arthrites par propagation ou inflammation de voisinage. Par exemple, les inflammations suppurées de la bourse séreuse du psoas peuvent se transmettre à l'articulation, qu'il y ait seulement contiguïté ou même continuité entre la bourse séreuse et la synoviale articulaire. De même aussi, les ostéomyélites débutant par la cavité cotyloïde ou par l'extrémité supérieure du fémur déterminent d'autant plus aisément des arthrites coxo-fémorales que les cartilages épiphysaires, point de départ de l'inflammation, siègent dans l'intérieur même de l'articulation.

Le rhumatisme, sous toutes ses formes, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, peut se porter sur la hanche; il y revêt assez fréquemment la forme sèche, avec ankylose, production d'exostoses et de corps étrangers. C'est à cette variété de rhumatisme de la hanche qu'on donne le nom de *morbus coxae senilis*. On y trouve aussi le rhumatisme blennorrhagique, bien qu'il y soit beaucoup moins fréquent qu'au genou, et les arthropathies d'origine médullaire, et, en particulier, les arthropathies tabétiques. Mais, de toutes les arthrites de la hanche, la plus fréquente, c'est certainement l'arthrite tuberculeuse à laquelle on donne habituellement le nom de *coxalgie*.

Ce mot de *coxalgie* ne possède par lui-même aucun sens bien défini; il désigne seulement une affection douloureuse de la hanche, quelle qu'en soit la nature. Il a reçu dès lors deux acceptations bien différentes: les uns appelant *coxalgies* toutes les arthrites coxo-fémorales, tandis que les autres, avec M. Lannelongue, réservent la dénomination de *coxalgies* aux seules arthrites tuberculeuses de la hanche. Ce même auteur, pour éviter toute confusion, a même proposé de désigner sous le nom de *coxo-tuberculose* les affections tuberculeuses de la hanche. Toutefois ce néologisme aura beaucoup de peine à se substituer à l'ancienne dénomination classique de *coxalgie*.

Nous garderons donc le mot *coxalgie* et nous l'appliquerons uniquement à l'arthrite coxo-fémorale, de nature tuberculeuse, nous réservant de parler des autres variétés d'arthrites à propos du diagnostic.

Étiologie. — La coxo-tuberculose ou *coxalgie* est surtout une maladie des enfants et des enfants en bas âge en particulier. Il y a sous ce rapport une grande différence entre les enfants des familles riches ou aisées et les enfants pauvres, élevés dans de mauvaises conditions hygiéniques d'aération et d'alimentation. Le fait est signalé par M. Marjolin. Ce chirurgien dit avoir interrogé plusieurs médecins attachés à des collèges; tous lui ont répondu qu'ils n'avaient eu que de rares exemples de *coxalgie* sous les yeux, tandis que M. Marjolin en avait toujours un grand nombre dans son service⁽¹⁾; M. Lannelongue⁽²⁾ parle

⁽¹⁾ MARJOLIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 15 février 1865.

⁽²⁾ LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*. Leçons faites à la Faculté de médecine. Paris, 1886.

dans le même sens. Suivant certains auteurs, la coxalgie pourrait exister même pendant la vie intra-utérine. MM. Broca, Verneuil, Morel-Lavallée, Parise ont cité des cas de ce genre. Toutefois M. Lannelongue ne les regarde pas comme très concluants; il fait remarquer que les grands délabrements constatés à l'autopsie ont dû se produire rapidement, ce qui n'est pas en rapport avec la marche habituelle des lésions tuberculeuses qui évoluent lentement et sourdement.

Pendant le cours de la première année, la coxalgie ne se montre que très exceptionnellement. Cependant Crocq l'a observée à l'âge de neuf mois et Brodie à un an; M. Lannelongue dit en avoir observé seulement trois exemples avant la fin de la première année. Elle est encore rare jusqu'à deux ans. A partir de ce moment jusqu'à dix ou douze ans, la coxalgie devient très fréquente; puis sa fréquence diminue de douze à quinze ans. D'après une statistique portant sur 100 observations, M. Lannelongue fournit les chiffres suivants :

De 1 à 2 ans	5 cas.
2 à 5 —	20 —
5 à 10 —	54 —
10 à 15 —	21 —

La fréquence particulière de la coxalgie chez les enfants de cinq à dix ans s'explique par la turbulence des enfants de cet âge et aussi par le développement très actif du squelette à cette période de la vie. Au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, la coxalgie devient de plus en plus rare; enfin, chez l'adulte et le vieillard, elle est tout à fait exceptionnelle. Quant à l'influence du sexe, elle ne paraît pas bien considérable; toutefois, sur ses 100 observations, M. Lannelongue compte 57 garçons et 43 filles.

Cherchant à se rendre compte de la fréquence relative de la tuberculose coxo-fémorale par rapport à celle des autres articulations, le même auteur arrive aux chiffres suivants :

1 ^o Membre inférieur : 215 cas.	Coxo-tuberculose	100 cas.
	Coxo-tuberculose (2 fois les deux genoux étaient pris)	66 —
	Tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne	55 —
	Tuberculose des articulations du pied et des orteils	16 —
2 ^o Membre supérieur : 59 cas.	Tuberculose de l'épaule (scapulo-tuberculose)	2 cas.
	Tuberculose du coude	12 —
	Tuberculose de l'articulation du poignet	2 —
	Tuberculose de la main et des doigts	25 —

En résumé donc, sur 254 cas de tuberculose articulaire des membres, 215 siègent au membre inférieur et 59 seulement au membre supérieur; en d'autres termes, la tuberculose articulaire est 5 fois plus fréquente au membre inférieur qu'au membre supérieur.

On en a facilement la raison dans la fatigue beaucoup plus grande que supportent, à l'état normal, les articulations du membre inférieur pendant la marche et dans la station. Parmi les arthrites du membre inférieur, les arthrites coxo-fémorales dominent beaucoup par leur fréquence, puisque, sur 215 cas de tuberculoses articulaires diverses du membre inférieur, elles en représentent 100, c'est-à-dire près de la moitié. Cette fréquence de la coxalgie justifie l'importance qui s'attache à son étude.

Quant aux causes mêmes de la maladie, elles ont été diversement interprétées. Tandis que certains chirurgiens font jouer un très grand rôle au traumatisme, d'autres ne lui accordent qu'une importance minime, ou même tout à fait nulle. J.-L. Petit regardait le traumatisme comme la cause générale de la coxalgie. C'était aussi l'opinion de Sabatier, de D. Larrey (le père) et de Boyer. Brodie écrivait, au contraire : « Plus mon expérience augmente, plus je suis convaincu que les maladies de la hanche occasionnées par une cause directe sont comparativement rares ». Dans la discussion qui se produisit, en 1865, devant la Société de chirurgie, nous trouvons les deux mêmes courants d'opinion opposés l'un à l'autre. M. H. Larrey émit l'idée que la fréquence de la coxalgie dans l'armée était due aux exercices gymnastiques, et, en particulier, à celui du cheval de bois, nécessitant une abduction forcée. De même, Bouvier faisait une part très large à la coxalgie traumatique. D'autres chirurgiens, au contraire, comme Giraldès et M. Verneuil, combattirent cette manière de voir. Giraldès faisait remarquer avec juste raison que, parmi le nombre très grand d'enfants de deux à cinq ans atteints de coxalgie, le traumatisme ne joue le plus souvent aucun rôle; et M. Verneuil observait que le traumatisme n'intervenait pour déterminer la coxalgie que chez les sujets qui y sont prédisposés par leur constitution. Les expériences si souvent citées de Max Schüller nous permettent de mieux comprendre le rôle du traumatisme dans la production de la coxalgie et dans celle des arthrites tuberculeuses en général. Cet auteur a commencé par inoculer la tuberculose à des animaux; puis il a fait subir aux jointures des traumatismes variés et il a vu les localisations tuberculeuses se faire sur les articulations lésées. Aujourd'hui encore, les chirurgiens sont divisés d'opinion sur cette question. Sayre (de New-York)⁽¹⁾, par exemple, a toujours professé l'origine traumatique des arthrites fongueuses; en 1885 également, M. Wheelhouse, dans le *British med. Journal*⁽²⁾, a émis cet avis que bon nombre de coxalgies sont dues à des traumatismes plutôt qu'à des causes constitutionnelles. Nous ne saurions, pour notre part, accepter cette manière de voir, car le traumatisme nous semble, dans la plupart des cas, être tout à fait insignifiant ou même manquer complètement.

Mais on n'en saurait dire autant des maladies générales, comme les fièvres éruptives, qui souvent jouent un rôle dans l'étiologie de la coxo-tuberculose; parmi celles-ci, la rougeole mérite une mention spéciale. C'est souvent à la suite de cette fièvre éruptive que se montrent les premiers symptômes de la tuberculose coxo-fémorale. La plus grande part dans l'étiologie doit être faite, selon nous, à l'hérédité; non qu'on retrouve chez les ascendants ou les collatéraux des coxalgies; mais très fréquemment les enfants atteints de coxo-tuberculose appartiennent à des familles dans lesquelles la tuberculose est héréditaire; parmi les parents, les uns ont eu des manifestations viscérales de cette diathèse, méningites, pleurésies, les autres des manifestations externes, arthrites fongueuses, ostéites, adénites tuberculeuses. Pour ce qui est de la santé générale des sujets atteints de coxalgie, s'il est vrai que certains d'entre eux présentent les signes extérieurs du tempérament dit scrofuleux, éruptions cutanées, lésions du côté des yeux et des muqueuses, gonflement des ganglions, il en est d'autres chez lesquels les symptômes de l'arthrite coxo-fémorale débutent au milieu de

⁽¹⁾ SAYRE, *Leçons sur la chirurgie orthopédique*. Trad. Thorens. Paris, 1887, p. 204.

⁽²⁾ WHEELHOUSE (Leeds), *On the surgery of the epiphyses*. *British med. Journal*, 7 mars 1885.

la santé générale la plus florissante et constituent les premiers indices de l'invasion tuberculeuse.

Anatomie pathologique. — Il est très exceptionnel que les malades atteints de coxalgie succombent dans les premiers temps de la maladie. La mort, lorsqu'elle est la conséquence de l'affection, ne survient qu'au bout d'un temps plus ou moins éloigné. Il faut, pour qu'on ait l'occasion de faire l'examen microscopique des lésions au début, que les malades aient succombé à quelque affection intercurrente. Ces cas se présentent fort rarement; aussi n'est-on pas d'accord sur les lésions anatomiques qui caractérisent le début de l'affection. Holmes rapporte les résultats de deux autopsies de coxalgie au début, dans lesquelles il a noté des lésions inflammatoires de la synoviale et du ligament rond, en même temps qu'une érosion de ce ligament. Marjolin et Gosselin ont fait, chacun de leur côté, une étude anatomo-pathologique dans les mêmes conditions. Ils ont constaté, comme Holmes, des lésions inflammatoires du côté de la synoviale, une érosion du ligament rond, avec un léger épanchement séreux dans l'intérieur de l'articulation. M. Guéniot a fait deux autopsies dans les mêmes conditions. Dans le premier cas, outre des lésions inflammatoires de la synoviale et du ligament rond, et quelques fausses membranes sur la partie de la séreuse qui revêt le col fémoral, il a trouvé une dénudation peu étendue de la face postérieure du col. Les cartilages d'encroûtement des deux surfaces articulaires iliaque et fémorale avaient une teinte jaunâtre ou rosée par places, au lieu de la couleur bleue translucide de l'état normal. Il n'y avait pas trace d'épanchement. Dans le second cas, on retrouvait la même teinte jaune et le défaut de translucidité des cartilages articulaires.

Barwell⁽¹⁾ a publié l'autopsie d'un enfant de cinq ans mort de méningite tuberculeuse, cinq ou six semaines après l'apparition des premiers symptômes de la coxo-tuberculose. A la face inférieure de la tête et du col fémoral, il y avait une excavation, largement ouverte dans la jointure et remplie d'un pus épais, de débris osseux et de tissu de granulations. Au niveau de l'ouverture, le cartilage avait disparu.

De son côté, M. Lannelongue a eu l'occasion de pratiquer quatre fois l'autopsie de coxo-tuberculoses au début chez des enfants morts du croup, et il a trouvé des altérations déjà notables du squelette, alors que les lésions de la jointure étaient presque nulles dans deux cas et très minimes dans les deux autres. Sur deux des pièces, il existait une petite caverne dans la tête fémorale (voy. fig. 58), et sur les deux autres, des foyers d'infiltration caséuse. S'appuyant sur le résultat de ces quatre autopsies, M. Lannelongue conclut à l'origine osseuse de la coxalgie. C'est là, du reste, l'opinion défendue par bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels Bryant, Gibney, König et Volkmann.

Müller⁽²⁾, analysant les pièces fournies par 61 résections de la hanche, a trouvé que 47 fois, le début s'était fait par les os, 5 fois par la synoviale; dans 11 cas, il était impossible de préciser le siège initial. Wright⁽³⁾ pense aussi que, dans la coxalgie, le début se fait toujours par les os. Dans un cas de coxalgie double, Gibney a pu faire de bonne heure l'autopsie, et il a trouvé d'un côté un foyer tuberculeux dans la tête du fémur, de l'autre, dans l'acétabulum. Toutefois

⁽¹⁾ BARWELL, *Treatise on diseases of joints*, 2^e édit., 1881, p. 412.

⁽²⁾ MÜLLER, in KÖNIG, *Die Tuberculose der Knochen und Gelenke*. Berlin, 1884.

⁽³⁾ G.-A. WRIGHT, *Hip diseases in childhood*, p. 17.

l'origine osseuse de la coxalgie, bien qu'étant de beaucoup la plus fréquente, ne doit pas être regardée comme exclusive. De l'examen des pièces fournies par ses résections, M. Ollier conclut⁽¹⁾ qu'à côté des coxalgies à début osseux, il en est dans lesquelles la lésion initiale siège dans la synoviale. Cela existait, dit-il, dans 9 de ses pièces, c'est-à-dire dans 1/5 des cas.

Chacun des deux os qui entrent dans la constitution de l'articulation, la cavité cotyloïde et la tête du fémur, peut être le siège initial des lésions. M. Lannelongue pense que la tête fémorale est le point de départ le plus fréquent. Nous trouvons la même opinion exprimée par Bradford et Lovett⁽²⁾. L'extrémité supérieure du fémur est en effet le siège d'un travail d'ossification beaucoup plus actif que la cavité cotyloïde. Certains auteurs, toutefois, comme Haberen⁽³⁾, pensent que la coxalgie acétabulaire est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a supposé. Ce chirurgien appuie son opinion sur l'examen des pièces de 152 résections pratiquées à la clinique de Volkmann. Dans 50 de ces cas, on a trouvé un foyer caséux de l'acétabulum, avec un séquestre; dans 51 cas, 25 fois, le foyer tuberculeux siégeait sur le fémur, dans la tête, dans le col ou au niveau du grand trochanter; 7 fois, les lésions tuberculeuses occupaient à la fois l'acétabulum et le fémur; 23 fois enfin, le début paraissait s'être fait par la synoviale.

De son côté, M. Ollier, analysant les résultats qui lui ont été fournis par les résections, est frappé de la fréquence des coxalgies acétabulaires. Sur 50 pièces où les lésions osseuses paraissent avoir été primitives, il en trouve 15 dans lesquelles l'origine était fémorale, et 15 où cette origine était pelvienne. Cette fréquence des lésions pelviennes sur les pièces fournies par les résections s'explique, d'après M. Ollier, par ce fait que cette localisation de la tuberculose osseuse étant tout particulièrement grave, nécessite fréquemment l'intervention. « Sur 14 cas de lésions cotyloïdiennes, ajoute le même auteur, nous avons trouvé 7 fois la cavité cotyloïde perforée et 7 fois sans perforation. Dans 9 cas, il y avait des séquestres de nécrose. Les 15 cas qui présentaient des lésions principalement et à peu près exclusivement fémorales se répartissent ainsi : tubercules périphériques, 9; tubercules exclusivement centraux, 4; à la fois centraux et périphériques, 2. Ils siégeaient dans l'épiphyse, 6 fois; dans la région uxta-

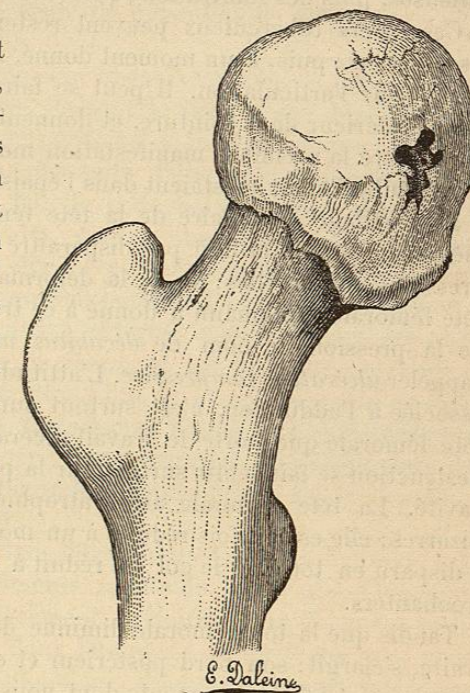


FIG. 58. — Cavité tuberculeuse assez profonde et rameuse de la tête du fémur. (Lannelongue.)

⁽¹⁾ OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 68.

⁽²⁾ BRADFORD and LOVETT, *A treatise on orthopedic surgery*. New-York, 1890, p. 256.

⁽³⁾ HABEREN, *Centr. für Chir.*, 2 avril 1881.

épiphyse, 6 fois; en même temps sur l'épiphyse et la diaphyse, 5 fois (1).

Il est bien évident que si l'on veut ne pas laisser échapper des lésions osseuses, il est nécessaire de découper les extrémités osseuses en tranches minces, dans l'épaisseur desquelles on trouve d'abord des granulations tuberculeuses, puis des infiltrations caséuses et même des cavernes.

Ces foyers tuberculeux peuvent rester longtemps silencieux au milieu du tissu osseux; puis, à un moment donné, ils gagnent la surface de l'os, et retentissent sur l'articulation. Il peut se faire même qu'ils s'ouvrent brusquement dans l'intérieur de la jointure, et donnent naissance à une arthrite suraiguë, qui paraît être la première manifestation morbide, alors que depuis longtemps les foyers tuberculeux existaient dans l'épaisseur de l'os.

Le cartilage articulaire de la tête fémorale se détruit; le tissu osseux lui-même se ramollit et finit par disparaître dans les points qui sont exposés à des pressions continuelles; de là, la déformation et la diminution de volume de la tête fémorale. Volkmann a donné à ce travail ulcératif, produit sous l'influence de la pression, le nom de *décubitus ulcéreux*; M. Lannelongue propose de l'appeler *ulcération compressive*. L'attitude habituelle du membre étant la flexion associée à l'adduction, c'est surtout sur la partie supérieure et externe de la tête fémorale que porte le travail ulcératif; du côté de la cavité cotyloïde, la destruction se fait sentir surtout sur la partie postérieure et supérieure de cette cavité. La tête fémorale ainsi atrophiée présente les déformations les plus bizarres; elle est parfois réduite à un moignon informe; quelquefois même elle a disparu en totalité; le col est réduit à une surface plane qui réunit les deux trochanters.

Tandis que la tête fémorale diminue de volume, la cavité cotyloïde, au contraire, s'élargit; son bord postérieur et supérieur disparaît par usure, et ainsi se préparent les déplacements dont nous aurons plus tard à parler. Exceptionnellement l'usure des surfaces articulaires, au lieu de se produire en haut et en arrière, existe à la partie antérieure, ce qui suppose que le membre était placé dans une attitude anormale; enfin l'usure peut porter sur l'arrière-fond de la cavité cotyloïde; elle peut même aboutir à la perforation, et la tête fémorale pénétrer dans le bassin. La lésion conduit parfois à la formation de séquestres qui se produisent, soit au niveau de la tête fémorale, soit aux dépens de la cavité cotyloïde; du côté du fémur, le séquestre peut comprendre la plus grande partie de la tête fémorale; sur l'acétabulum, il répond à la pièce osseuse qui représente l'arrière-fond de la cavité. Chez une femme à laquelle nous avons pratiqué la résection de la hanche, nous avons trouvé dans l'intérieur de l'articulation un séquestre qui n'était autre que l'arrière-fond de la cavité cotyloïde détaché; la perforation de cette cavité nous a servi pour le drainage d'un abcès pelvien.

En général, on ne trouve pas de liquide dans la jointure pendant les premiers temps de la maladie; c'est plus tard seulement que des dépôts purulents, mélangés de séquestres et de grumeaux caséux, peuvent se former dans l'intérieur de l'articulation. Quant à la synoviale en elle-même, elle est d'abord congestionnée, rosée; elle perd son aspect brillant; de petites granulations se produisent à sa surface. Ce sont les points de départ des fongosités qui se développent à l'intérieur de l'articulation et qui finissent par la tapisser entièrement.

(1) OLLIER, *Traité des résections*, t. III, p. 68.

La capsule fibreuse elle-même est ramollie, infiltrée par les fongosités; celles-ci passent à la suppuration, et deviennent le point de départ des abcès qui fument dans les parties voisines.

De très bonne heure, les muscles sont atrophiés; il en est qui subissent la dégénérescence graisseuse ou scléreuse. Le plus souvent l'artère fémorale reste intacte; mais la veine est parfois le siège de coagulations analogues à celles que produit la *phlegmatia alba dolens*.

Les ganglions inguinaux et iliaques sont envahis; parfois ils présentent une hypertrophie simple; dans d'autres cas, ils sont le siège d'une dégénérescence caséuse. Il peut même se faire que le péritoine de la fosse iliaque devienne le siège de granulations tuberculeuses, par suite d'une inoculation secondaire. M. Lannelongue (1) a représenté un fait de cette nature. Enfin, dans les cas anciens, on trouve des lésions viscérales, dont les unes sont d'ordre tuberculeux, tandis que les autres sont les dégénérescences graisseuses et amyloïdes qu'on retrouve chez tous les malades qui ont porté de longues suppurations.

Des luxations spontanées. — Nous avons indiqué, chemin faisant, les altérations destructives subies par la tête du fémur et par la cavité cotyloïde, au cours de la coxalgie; ce sont ces altérations qui deviennent le point de départ des déplacements que nous devons maintenant signaler. Ces déplacements avaient autrefois tellement frappé l'esprit des chirurgiens que Dupuytren désignait la coxalgie sous le nom de *luxation symptomatique* de la hanche, et Boyer sous celui de *luxation spontanée*.

Ces luxations peuvent se produire dans deux circonstances différentes; grâce à l'usure de l'os et à la laxité des ligaments, la tête du fémur glisse lentement, peu à peu sur l'os iliaque, et le déplacement se trouve insensiblement réalisé. C'est ainsi que les choses se passent dans l'immense majorité des cas; mais il peut arriver également qu'à propos d'une chute, d'un traumatisme quelconque, ou même en dehors de toute cause appréciable, le déplacement s'effectue brusquement, d'une manière comparable à ce qui se passe dans les luxations traumatiques. J'ai observé plusieurs exemples de ces luxations soudaines au cours de la coxalgie, et je les ai fait publier dans la *Revue d'Orthopédie*, par mes élèves MM. Sainton et Caboche (2).

Quoi qu'il en soit, la direction suivant laquelle se produisent les principales lésions destructives commande le sens dans lequel se fera la luxation. Ces lésions portent le plus souvent, avons-nous dit, sur la partie postéro-supérieure de la cavité cotyloïde, aussi est-ce dans la fosse iliaque externe que se produit la luxation. Mais on a pu observer d'autres déplacements que ces luxations en haut et en arrière. Roux et Gibert ont observé des cas de luxation dans l'échancrure sciatique; Nélaton et Stanley ont vu des luxations sus-pubiennes. La luxation dans le trou obturateur est indiquée par Portal, par Annandale et par Marjolin; M. Lannelongue dit avoir observé une luxation en bas. Enfin, on peut considérer comme de véritables luxations intra-pelviennes les cas dans lesquels la tête fémorale pénètre dans le bassin, grâce à l'existence d'une perforation cotyloïdienne.

La destruction ulcéreuse des surfaces osseuses, telle est la cause véritable des luxations dans la coxalgie. La théorie autrefois édiflée par J.-L. Petit et

(1) LANNELONGUE, *Coxo-tuberculose*, p. 57, fig. 15.

(2) Voy. *Revue d'orthopédie*, 1892, n° 5, et 1898, n° 4.