

tandis que ces mêmes mouvements l'exaspèrent dans la sacro-coxalgie. Dans la psosite suppurée, le diagnostic peut encore devenir plus difficile. Mais l'étude des commémoratifs, l'examen direct de l'articulation, l'exploration minutieuse des trajets fistuleux, permettront souvent de reconnaître le siège de la maladie.

La carie des dernières vertèbres lombaires et du sacrum présente, avec la sacro-coxalgie, un certain nombre de caractères communs, comme les douleurs des membres inférieurs et de la région lombo-sacrée, les abcès par congestion et surtout les collections purulentes qui se portent vers le bassin et s'ouvrent parfois dans le rectum; mais le siège de la douleur iliaque, les variations de longueur des membres inférieurs, suffiront pour établir le diagnostic différentiel. Il en serait de même pour une ostéite, une carie, une nécrose de l'os iliaque, sans arthrite.

Chez les nouvelles accouchées, nous avons dit qu'il fallait se garder de considérer comme des tumeurs blanches diverses affections des symphyses sacro-iliaques, telles que : abcès articulaires métastatiques, divulsions ou écartements, symphysites aiguës.

Les arthrites métastatiques s'accompagnent d'un état général à physiologie tellement particulière, et se terminent si rapidement par la mort, que l'on ne saurait cliniquement se méprendre sur leur nature.

L'écartement des symphyses, caractérisé par la crépitation, la mobilité anormale, sans phénomènes généraux, sans abcès, se reconnaît en général facilement.

Quant aux symphysites ou arthrites puerpérales, les phénomènes d'acuité qu'elles présentent, la terminaison favorable ou la suppuration qui se manifeste rapidement, les distinguent de la tumeur blanche à marche essentiellement chronique. Toutefois il faut bien savoir que fréquemment l'écartement des symphyses ou l'arthrite sacro-coxale puerpérale sont le point d'origine d'une véritable tumeur blanche.

PRONOSTIC. — Il est en général extrêmement grave. Si, au début, la sacro-coxalgie traitée convenablement peut avoir une issue favorable, il n'en est plus de même lorsque la période de suppuration est survenue, et Hahn prétend que la mort est inévitable toutes les fois que les abcès se sont ouverts spontanément et que les os sont atteints de carie.

L'étendue des foyers purulents qui vont de la symphyse sacro-iliaque jusqu'à la racine du membre inférieur est toujours une condition défavorable. La gravité est surtout grande lorsqu'il existe des fusées purulentes le long du muscle psoas iliaque, et qu'il se forme des abcès par congestion dans le petit bassin. La condition la plus heureuse est celle de la formation d'abcès à la partie postérieure, au niveau de la symphyse.

Quelque sérieux que soit le pronostic, il est encore permis, dans ces cas, d'espérer la guérison, qui s'obtient alors au prix d'une ankylose. Mais celle-ci n'offre qu'une faible gravité, en raison du peu de mouvements dont jouit la symphyse sacro-iliaque. L'ankylose n'entraînerait de conséquences fâcheuses que chez une femme dont le bassin aurait besoin de

tout l'élargissement produit par l'écartement des symphyses pour que l'accouchement pût se faire. Ce serait alors une cause de dystocie.

TRAITEMENT. — L'immobilité dans le décubitus dorsal, les révulsifs placés sur les côtés de l'articulation, les moyens internes et généraux, constituent le traitement de la sacro-coxalgie au début.

Si les douleurs sont très-vives et s'accompagnent de gonflement, si surtout l'état général du malade ne permet pas de lui faire longtemps garder le lit, il sera nécessaire d'avoir recours à un appareil qui, en soutenant solidement l'articulation, exerce une compression salutaire. On pourrait employer l'appareil recommandé par Crocq, consistant en une bande amidonnée jetée autour du bassin et des racines des deux cuisses, et que l'on renforce par une plaque de carton matelassée, qui embrasse le sacrum et les os iliaques.

Les divers appareils que nous décrirons en traitant de la coxalgie conviendraient également, et permettraient aux malades de se lever et de marcher sur deux béquilles, le membre suspendu.

Les abcès devront être ouverts tardivement et par des ponctions sous-cutanées. S'ils se reproduisent rapidement ou si les ouvertures deviennent fistuleuses, on mettra en usage les injections iodées.

#### § IX. — Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale (coxalgie ou fémoro-coxalgie).

La tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, en raison de sa fréquence et de sa gravité, a eu le privilège d'attirer l'attention des chirurgiens depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et cependant, malgré le nombre et l'importance des travaux dont elle a été l'objet, l'histoire de cette maladie n'a présenté pendant longtemps que confusion et obscurité.

Une des causes qui contribuent à embrouiller l'étude de la coxalgie, c'est que les auteurs ont décrit sous ce nom toutes les affections douloureuses de la hanche, sans distinction de leur nature et de leur siège.

Cette confusion dans le langage tend de plus en plus à disparaître, et si les recherches modernes ne sont pas encore parvenues à élucider tous les points obscurs, on doit revendiquer comme l'une des gloires de la chirurgie contemporaine d'avoir fait justice d'une foule de théories erronées; d'avoir établi, avec une précision inconnue jusqu'alors, les caractères cliniques à l'aide desquels on peut distinguer diverses affections de la hanche simulant la véritable coxalgie, c'est-à-dire la tumeur blanche coxo-fémorale, enfin d'avoir institué sur des bases rationnelles le traitement de cette dernière maladie.

Notre intention n'est pas de citer tous les ouvrages publiés sur la coxalgie, ce qui formerait une liste beaucoup trop longue; nous nous bornerons à indiquer les principaux.

J. L. PETIT, *Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation* (Mémoires de l'Acad. des sciences, 1722). — SABATIER, *Mémoire sur les luxations consécutives du fémur* (Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie, t. V, p. 791, in-4). — FRICKE, *Ueber Coxalgie und Coxarthrocace* (Allgemeine medicinische Zeitung, Berlin, 1833). — VICHERAT, *Essai sur la coxalgie*. Paris, 1840. — PARISE, *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées du fémur* (Arch. gén. de méd., 1842). — *Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (Arch. gén. de méd., 1843). — MAISONNEUVE, *De la coxalgie*, thèse de concours. Paris, 1844. — VERNEUIL, *Sur le redressement brusque dans la coxalgie* (Gazette hebdom., 1858). — L. LABBÉ, *De la coxalgie*, thèse de concours. Paris, 1863. — F. MARTIN et A. COLLINEAU, *De la coxalgie*. Paris, 1865. — R. PHILPEAUX, *Traité thérapeutique de la coxalgie*. Paris, 1867.

ÉTIOLOGIE. — La coxalgie peut se rencontrer à tous les âges; elle peut même exister dès la vie intra-utérine, ainsi que le démontrent plusieurs observations dues à Parise, Broca (1), Verneuil (2), Morel-Lavallée (3) et Padiou (4). Nous verrons plus tard jusqu'à quel point on doit admettre l'opinion de certains auteurs, d'après lesquels la coxalgie du fœtus serait une cause fréquente de luxation congénitale du fémur.

Suivant R. Marjolin, la tumeur blanche coxo-fémorale ne serait pas rare dans les premiers mois qui suivent la naissance, et bon nombre d'enfants de douze à quinze mois présenteraient des coxalgies guéries ou en voie de guérison, mais avec une articulation notablement déformée. Toutefois c'est surtout dans l'enfance et dans l'adolescence que se déclare la tumeur blanche coxo-fémorale, qui devient moins fréquente dans l'âge adulte, et enfin excessivement rare dans la vieillesse; car nous repoussons complètement l'analogie que l'on a voulu établir entre la coxalgie et le *morbus coxae senilis* ou arthrite sèche de la hanche, si fréquente chez le vieillard.

Nous avons en effet montré que des différences considérables, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue symptomatologique séparent la tumeur blanche de la maladie désignée sous le nom d'arthrite sèche.

Comme pour les tumeurs blanches des autres régions, nous signalerons plus particulièrement, parmi les causes générales pouvant donner lieu au développement de la coxalgie, la scrofule qui exerce son influence surtout dans l'enfance, et le rhumatisme qui agit fréquemment chez l'adulte. L'existence d'une coxalgie syphilitique nous paraît douteuse.

Il est assez fréquent de voir les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde provoquer le développement de l'arthrite fongueuse de la hanche, dont les symptômes apparaissent le plus habituellement vers le déclin de la maladie.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1852.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1852.

(3) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1854.

(4) *De la coxalgie chez le fœtus et le nouveau-né*, thèse de Paris, 1865.

Gibert (1) a signalé une autre cause générale de coxalgie dont l'action se rapporte à un trouble dans la circulation. Suivant cet auteur, lorsque chez des jeunes filles sujettes à des épistaxis et dont la menstruation est difficile à s'établir, on voit les épistaxis se supprimer subitement, sans que la menstruation vienne suppléer à cet écoulement sanguin habituel, il n'est pas rare d'observer une congestion active du côté des grandes articulations, et spécialement du côté de la hanche, congestion qui peut devenir l'origine d'une tumeur blanche; et, dans ce cas, la menstruation ne s'établit pas.

Cette congestion articulaire qui, dans le cas précédent, est sous l'influence d'un trouble de la circulation générale, s'explique d'ailleurs aisément, si l'on réfléchit à la richesse vasculaire de l'articulation coxo-fémorale, surtout au moment du travail de nutrition des os qui se fait à l'époque de la soudure des épiphyses. A la hanche deux épiphyses doivent se souder, celle du fémur et celle de la cavité colyloïde. L'exagération du travail physiologique de l'ossification, sous l'influence d'une cause même légère, peut amener facilement des ostéites épiphysaires, et l'inflammation se propageant aux éléments de la jointure, devient l'origine d'une tumeur blanche.

Les causes traumatiques, les chutes sur le grand trochanter, sur les genoux, sur les pieds, les fatigues de la marche, les mouvements forcés, sont souvent indiqués comme causes occasionnelles de la coxalgie.

Enfin, d'après des observations rapportées par Crocq et Gibert, on doit admettre une variété de *coxalgie secondaire*, résultant de l'ouverture dans l'articulation coxo-fémorale d'un abcès provenant du voisinage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous n'insisterons pas longuement sur les altérations des parties molles avoisinant la jointure, altérations qui se présentent dans la coxalgie avec les mêmes caractères que nous avons décrits à propos des tumeurs blanches en général.

Lorsque la maladie est ancienne, les abcès qui ont pris naissance dans l'articulation ou à son voisinage se portent vers l'extérieur en suivant des trajets plus ou moins sinueux. Ils viennent généralement s'ouvrir à la partie externe de la hanche, quelquefois à la partie interne et postérieure. Dans un cas rapporté par Gibert, le pus avait perforé la membrane ovale et pénétré dans le petit bassin; mais cette pénétration a lieu plus facilement encore lorsque le fond de la cavité cotyloïde est détruit. Le pus peut produire alors des désordres considérables; on l'a vu perforer le rectum. Plus souvent, il se fait jour dans la gaine du muscle psoas iliaque et se comporte alors comme un abcès de la fosse iliaque.

Les lésions des ligaments et de la synoviale ne présentent qu'un petit nombre de particularités qui méritent d'être notées.

Le ligament rond est aminci, rompu, détaché de son insertion iliaque ou fémorale; souvent même il a complètement disparu. La capsule fibreuse est tantôt ramollie, comme macérée, éraillée en plusieurs points.

(1) *Étude clinique de la coxalgie observée chez les enfants*, thèse de Paris, 1859.

Elle présente quelquefois de nombreuses et larges perforations, surtout au niveau de la gaine du psoas ou en arrière du col fémoral; enfin elle peut être réduite à quelques tractus fibreux, ou même on n'en trouve plus de traces. D'autres fois la capsule fibreuse entourée de tissus lardacés, paraît épaissie, indurée, et, dans certains cas, ses fibres sont tellement rétractées, qu'il est impossible de vaincre leur résistance et de ramener l'articulation dans son état de rectitude.

Du côté de la synoviale, nous nous bornerons à indiquer, en raison de l'importance que certains auteurs ont accordée à ces lésions dans la production des luxations spontanées, le gonflement du paquet de tissu adipeux qui occupe l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, et qui, dans quelques rares observations, a été trouvé rouge et considérablement tuméfié, mais qui est le plus souvent infiltré de pus, ramolli ou confondu avec les fongosités de la synoviale.

Quant au liquide contenu dans la capsule, pour peu que la maladie soit avancée, il est le plus souvent constitué par du pus. L'hydropisie intra-articulaire, regardée comme fréquente par J. L. Petit, qui la considérait comme phénomène initial de la coxalgie, a été niée par Sabatier, Desault et surtout par Boyer. Cependant son existence a paru réelle dans un certain nombre de cas dus à Paletta (1), J. Cloquet (2), Jolly (3), Lesauvage (4) et Parise.

Les altérations des os sont les plus importantes à connaître en raison des modifications qu'elles entraînent dans la conformation et les rapports des surfaces articulaires. L'ostéite, la carie, la nécrose, les tubercules, peuvent se rencontrer et affecter la cavité cotyloïde, la tête du fémur, ou les deux en même temps.

Erichsen admet dans la coxalgie une *forme fémorale* et une *forme cotyloïdienne*, mais la distinction de ces deux formes est loin d'être aussi tranchée. Suivant Martin et Collineau, c'est du côté de la cavité cotyloïde, dont la vascularité est plus grande que celle de la tête du fémur que les altérations débuteraient et seraient les plus profondes.

Celles-ci peuvent être bornées au sourcil cotyloïdien, et, dans ce cas, elles affectent principalement la partie postéro-supérieure du rebord osseux, d'où résulte une tendance à la subluxation en haut et en dehors.

D'une autre part, Labbé a signalé un fait intéressant, c'est que la cavité cotyloïde présente presque constamment, dans le point voisin de la grande échancrure, une certaine étendue de tissu sain (fig. 13). Or, suivant Martin et Collineau, la cause de cette particularité paraît en rapport avec la prédominance également à peu près constante des lésions au niveau de la partie postéro-supérieure du rebord cotyloïdien, d'où il résulte que la cavité de réception de la tête fémorale s'agrandit en haut et en arrière, et que

(1) *Archives génér. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 27.

(2) *Dict. de méd.*, t. V, p. 100.

(3) *Hydropisie des synoviales*, thèse de Paris, 1829.

(4) *Archives génér. de méd.*, nov. 1835.

cette dernière, se portant dans ce sens, abandonne tout contact avec la partie antéro-inférieure du rebord cotyloïdien. On pourrait dès lors se rendre compte de l'état d'intégrité du tissu osseux en ce point soustrait à toute pression.

Quoi qu'il en soit de cette dernière explication, la cavité cotyloïde présente souvent, à un degré avancé de la maladie, une déformation et un élargissement quelquefois considérables produits par l'envahissement graduel et la destruction des parties osseuses voisines. Au lieu de se propager en surface, les altérations des os peuvent s'étendre en profondeur, ou bien elles marchent en même temps dans l'un et l'autre sens. Dans ces circonstances, il n'est pas rare de trouver une perforation du fond de la cavité cotyloïde (fig. 13), et cette perforation débute presque toujours, surtout chez les jeunes sujets, dans le point de réunion des trois pièces osseuses qui forment le cotyle. Lorsque celui-ci est ainsi perforé, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la tête du fémur conserve sa position normale, tantôt elle pénètre dans la cavité du bassin.

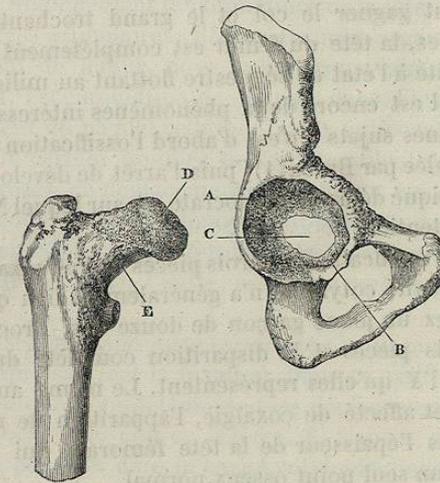


FIG. 13. — Altérations osseuses de la coxalgie. Elles sont beaucoup plus prononcées sur le bord postéro-supérieur A que sur le bord antéro-inférieur B du sourcil cotyloïdien. C, perforation du fond de la cavité cotyloïde; D, tête du fémur considérablement déformée; E, portion du col du fémur correspondante à la grande échancrure du sourcil cotyloïdien et ayant conservé son intégrité. (Martin et Collineau.)

Dans certains cas il peut se faire que le fond de la cavité cotyloïde soit refoulé vers le bassin et forme de ce côté une saillie hémisphérique.

Enfin, sur une pièce du musée Dupuytren, on voit une portion du fond du cotyle complètement séparée et enclavée dans l'épaisseur du muscle obturateur interne.

Du côté de la tête fémorale, les altérations sont aussi plus ou moins accusées. Il n'est pas rare d'observer une empreinte, une sorte de sillon ou de rainure ordinairement située au lieu de réunion du tiers externe avec le tiers moyen de la surface diarthrodiale. La formation de cette empreinte s'expliquerait, d'après Martin et Collineau, par les rapports que la tête affecte avec le rebord cotyloïdien agrandi en haut et en dehors, et sur lequel la tête du fémur se trouve comprimée, par suite de son ascension et de sa fixation dans cette position vicieuse. On pourrait expliquer de la même manière l'intégrité de la portion du col fémoral qui correspond à la grande échancrure du sourcil cotyloïdien. La figure 13, empruntée

à l'ouvrage de Martin et Collineau, montre bien la prédominance des lésions osseuses vers la partie postéro-supérieure du rebord cotyloïdien et de la tête fémorale, et l'intégrité presque complète de ces mêmes parties en bas et en avant.

Lorsque la maladie est arrivée à une période plus avancée, la tête du fémur est déformée, diminuée de volume, quelquefois même elle a complètement disparu. De même que les altérations peuvent s'étendre à une grande distance sur l'os iliaque, de même aussi, sur le fémur, elles peuvent gagner le col et le grand trochanter. Enfin, dans quelques cas rares, la tête du fémur est complètement séparée du reste de l'os et réduite à l'état de séquestre flottant au milieu du pus.

Il est encore deux phénomènes intéressants que l'on observe chez les jeunes sujets : c'est d'abord l'ossification prématurée des épiphyses, signalée par Broca (1); puis l'arrêt de développement du membre inférieur, indiqué déjà par Hippocrate, et sur lequel Nélaton (2) a appelé récemment l'attention.

L'ossification des trois pièces de l'os coxal qui se réunissent pour former la cavité cotyloïde n'a généralement lieu que de vingt à vingt-deux ans. Chez un jeune garçon de douze ans, Broca a vu la soudure osseuse des trois pièces et la disparition complète du cartilage entre les branches de l'Y qu'elles représentent. Le même auteur a observé, sur un jeune sujet affecté de coxalgie, l'apparition de nombreux points d'ossification dans l'épaisseur de la tête fémorale, qui ne renferme, comme on sait, qu'un seul point osseux normal.

D'un autre côté, Nélaton a fait la remarque que, dans la majeure partie des cas de coxalgie, survenus dans le jeune âge, le membre malade offrait une atrophie, un arrêt de développement assez marqué qui constitue une cause de raccourcissement réel. Le fémur peut, dans certains cas, offrir une diminution de longueur de 12 à 15 millimètres, et cette atrophie s'étend même généralement aux os de la jambe.

Il est un dernier point qu'il importe d'examiner à propos de l'anatomie pathologique de la coxalgie, nous voulons parler des changements de rapports des surfaces articulaires, des luxations spontanées.

Pendant longtemps les chirurgiens, abusés par les positions vicieuses et les changements apparents dans la longueur du membre inférieur affecté de coxalgie, admettaient qu'à une certaine période de la maladie, la tête fémorale abandonne forcément la cavité cotyloïde; aussi la coxalgie était-elle communément désignée sous le nom de luxation spontanée. Larrey (3) a eu le mérite de combattre l'un des premiers cette opinion générale sur la fréquence de la luxation consécutive à la tumeur blanche coxo-fémorale, en montrant que, loin d'être la règle, la luxation spon-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 249, et 1855, p. 39.

(2) *Ibid.*, 1835, p. 17.

(3) *Campagnes et Mémoires de chirurgie militaire*, t. IV, p. 394.

tanée du fémur est une exception. Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour reconnaître la vérité de cette assertion.

Alors que l'on admettait si facilement les déplacements pathologiques de la tête fémorale, les auteurs discutaient sur leur mécanisme, et plusieurs théories avaient cours dans la science. Leur importance est maintenant bien moindre, et nous ne ferons que les rappeler brièvement.

Sans parler d'hypothèses inadmissibles et que ne confirme aucune observation anatomique, telles que le gonflement inflammatoire de la tête du fémur (Rust) ou celui des cartilages articulaires (Bichat, Dzondi), regardé comme la cause du déplacement du fémur, nous indiquerons, comme pouvant agir exceptionnellement, l'accumulation de liquide dans l'intérieur de la capsule et le gonflement du paquet cellulo-adipeux qui occupe le fond de la cavité cotyloïde. Un certain nombre de faits semblent démentir l'action réelle de ces causes de déplacement; mais il est également certain que ce dernier se produit le plus ordinairement sous d'autres influences. Ainsi la destruction si fréquente des bords de la cavité cotyloïde, de la tête fémorale ou de l'un et de l'autre, constitue une cause bien plus efficace de luxation.

Gosselin (1) fait d'ailleurs remarquer, avec juste raison, que la suppuration existe presque toujours lorsque survient la luxation. Dans ce cas, les ligaments sont détruits plus ou moins complètement et les déplacements peuvent se produire sous l'influence de causes légères. Si l'abcès est ouvert, l'air atmosphérique peut pénétrer dans la cavité cotyloïde, l'équilibre de pression est rétabli et la luxation se fait aisément.

En somme, si, dans de rares exceptions, on peut admettre que la tête fémorale quitte la cavité cotyloïde, alors que la capsule est encore intacte, expulsée pour ainsi dire par un épanchement abondant de liquide ou par un développement de fongosités, on doit dire que, le plus ordinairement, c'est à une époque avancée de la maladie que ces luxations se produisent, lorsque la capsule articulaire et le ligament rond sont déchirés ou détruits, le sourcil cotyloïdien usé par la carie, la tête du fémur déformée. La position vicieuse, la contraction musculaire, suffisent alors pour déterminer le changement dans les rapports des surfaces articulaires.

Les luxations spontanées du fémur présentent, du reste, les mêmes variétés que celles que nous décrirons à propos des luxations traumatiques; elles peuvent se faire dans la fosse iliaque externe, ce qui est le cas le plus ordinaire, dans la fosse ovale, sur le pubis. En raison de la déformation, de l'aplatissement du sourcil cotyloïdien, les luxations spontanées sont assez souvent incomplètes.

Lorsque la tête fémorale est ainsi déplacée, si, en même temps, elle est profondément altérée, les parties sont constamment baignées par la suppuration; dans d'autres cas, il se forme une sorte de pseudarthrose, ou bien, enfin, il se produit une ankylose par stalactites osseuses ou par

(1) Labbé, thèse citée.

soudure. Dans tous les cas, la cavité cotyloïde se déforme et se rétrécit, mais on ne la trouve jamais complètement comblée.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — La coxalgie débute souvent d'une manière insidieuse, surtout chez les enfants, et l'on ne saurait trop insister sur chacun des symptômes susceptibles d'annoncer au chirurgien le développement de la maladie qui, prise à son origine, peut être avantageusement combattue et même arrêtée dans sa marche.

La douleur est fréquemment le premier symptôme de la coxalgie; mais elle présente de nombreuses variations relativement à son siège et à son intensité : tantôt elle existe à la partie antérieure de la hanche et est exaspérée par la pression dans le pli de l'aîne, au-dessous du pubis et en dedans de l'artère crurale (S. Cooper); tantôt elle se montre en arrière du grand trochanter. Sourde et passagère au début, elle est souvent si légère à cette époque, qu'elle n'empêche pas les enfants de marcher ou même de courir. Cependant il est généralement possible de provoquer la douleur de la hanche en forçant les mouvements de la jointure et en cherchant à leur donner toute l'étendue qu'ils ont du côté sain. On devra également chercher à éveiller la douleur en refoulant le membre de bas en haut ou en pressant vigoureusement de dehors en dedans sur le grand trochanter, c'est-à-dire en comprimant la tête du fémur contre le cotyle.

C'est principalement dans la coxalgie que l'on observe des irradiations douloureuses le long du membre affecté. Les malades accusent le plus ordinairement une douleur vive au niveau du genou, mais il est rare, cependant, que la douleur soit localisée à l'articulation fémoro-tibiale; elle s'étend fréquemment à la fois à la cuisse et au genou et même à la jambe. Quoique la douleur du genou puisse manquer complètement, elle précède quelquefois la douleur de la hanche qui, suivant Brodie, Bouvier et Gibert, peut même faire défaut pendant toute la durée de la maladie.

Quelle est la nature de cette douleur si violente que l'on observe au genou? Est-elle due à la propagation de l'ostéite le long de la diaphyse du fémur jusqu'à son extrémité inférieure, comme le suppose Richet? Cette explication n'est admissible que pour un certain nombre de cas assez rares d'ailleurs. Est-elle produite par l'inflammation des nerfs qui avoisinent la hanche, du nerf sciatique, du nerf obturateur en particulier? Cette seconde hypothèse ne s'appuie sur aucun fait rigoureusement observé. Nous croyons avec A. Bérard, Gerdy et d'autres chirurgiens, que l'on doit voir dans ce fait un phénomène dû à une action réflexe du système nerveux; c'est du moins ce qui nous semble résulter de l'examen attentif des faits. Si en effet elle tenait à une phlegmasie osseuse ou à une véritable névrite, cette douleur serait augmentée par la pression; ce n'est pas ce que l'on observe ordinairement. Le plus souvent, le premier contact des doigts éveille dans la cuisse une douleur violente; mais, si l'on augmente graduellement la pression, le malade n'accuse plus de douleurs. N'est-ce pas plutôt le caractère d'une hyperesthésie de la peau, par action réflexe du système nerveux du membre?

Relativement à leur intensité, les douleurs de la coxalgie sont tantôt très-aiguës, au point que le plus petit mouvement, le moindre attouchement du membre suffisent à arracher des cris aux malades; mais ce fait est rare; tantôt, au contraire, elles sont sourdes, fugaces et marchent d'une manière progressive, présentant, de même que les altérations articulaires, des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Elles offrent souvent comme caractère particulier d'augmenter pendant la nuit et de se montrer par crises qui s'accompagnent alors de contractures des muscles de la cuisse.

Enfin on doit savoir que, dans certains cas, la douleur du genou est tellement intense et celle de la hanche si obscure, que l'on pourrait être tenté de croire que l'altération principale siège dans l'articulation tibio-fémorale.

Dès le début de la coxalgie, alors même que le symptôme douleur n'est pas encore bien accusé, les fonctions de la jointure sont déjà troublées. Les enfants sont paresseux à la marche, ils se fatiguent facilement, leur démarche devient inégale et incertaine. Si l'on examine alors avec soin les malades pendant qu'ils marchent, on observe que l'étendue des mouvements de l'articulation est bien moindre qu'à l'état normal, et que la cuisse et le bassin se meuvent tout d'une pièce, en raison de la contracture des muscles pelvi-trochantériens.

Plus tard, lorsque les déformations pelviennes et rachidiennes se sont produites, par suite de l'attitude vicieuse du membre, la claudication devient plus manifeste, et présente en outre des caractères différents, suivant que le membre est allongé ou raccourci.

On peut également se convaincre du trouble des fonctions de la jointure, en cherchant à imprimer des mouvements à la cuisse, le malade étant couché. Mais cette recherche demande certaines précautions. Il se pourrait, en effet, qu'à un examen superficiel, la cuisse parût se mouvoir avec autant de facilité et dans une aussi grande étendue du côté malade que du côté sain. C'est que, par suite de la contracture des muscles, les mouvements imprimés à la cuisse se transmettent au bassin et se passent alors, non dans l'articulation coxo-fémorale, mais dans l'articulation sacro-vertébrale. Pour éviter une semblable méprise, il suffira de faire fixer le bassin par les mains d'un aide ou d'appliquer un doigt sur l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans le premier cas, le bassin étant maintenu solidement, on voit que les mouvements de la cuisse deviennent très-bornés et déterminent de la douleur dès que l'on cherche à leur donner leur étendue normale; dans le second cas, le doigt appliqué sur l'épine iliaque constate que le bassin suit tous les mouvements du fémur.

En même temps que les fonctions de l'articulation sont troublées, le membre malade prend une attitude vicieuse, à laquelle se rattachent, comme nous le verrons, un certain nombre de signes d'une haute importance, et sur lesquels nous appelons toute l'attention du lecteur.

Cette attitude vicieuse du membre n'est pas, du reste, constamment la