

même : tantôt la cuisse se fléchit directement sur le bassin, ce qui est très-rare; tantôt elle se place dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors; tantôt enfin la cuisse fléchie est portée dans l'adduction et la rotation en dedans.

Quelles sont les causes de ces diverses attitudes vicieuses? Aucune des théories émises jusqu'à ce jour ne rend un compte suffisant de ce phénomène.

De ses expériences sur les injections forcées dans les articulations, Bonnet avait conclu que l'accumulation de liquide dans l'intérieur de l'articulation coxo-fémorale suffit pour expliquer la flexion, l'abduction et la rotation en dehors du membre affecté. Mais cette triple déviation du membre s'observe dans des cas où l'autopsie a permis de constater l'absence de tout épanchement; de plus, cette attitude vicieuse est loin d'être constante, et l'on trouve assez souvent la cuisse fléchie, mais dans l'adduction et la rotation en dedans. Bonnet a cherché à expliquer ce fait qui est en opposition formelle avec sa théorie, en disant que l'adduction et la rotation en dedans sont dues à la situation des malades lorsqu'ils se couchent sur le côté sain, la cuisse malade se trouvant entraînée par son propre poids dans l'adduction et la rotation en dedans. Le même auteur pense encore expliquer cette dernière attitude alors même que les malades restent couchés sur le dos ou sur le côté malade. On comprend en effet, dit-il, que si les liquides contenus dans la capsule se sont fait jour au dehors et que la partie interne de l'articulation soit surtout affectée, le malade incline la cuisse en dedans, afin de relâcher toutes les parties molles situées de ce côté. Mais ce sont là de pures hypothèses que l'anatomie pathologique n'a pas encore confirmées.

La théorie de la contracture musculaire produite par irritation réflexe paraît mieux rendre compte de l'attitude vicieuse du membre, quoiqu'il reste encore à déterminer pourquoi celui-ci se place tantôt dans une position, tantôt dans une autre.

Martin et Collineau ont, dans ces derniers temps, cherché à expliquer les deux positions observées dans la coxalgie. Pour la flexion avec abduction et rotation en dehors, ils admettent avec juste raison des causes multiples, à savoir : 1° la rétraction inflammatoire des faisceaux fibreux de la capsule coxo-fémorale; 2° la contracture et plus tard la rétraction inflammatoire des muscles; 3° enfin, l'épanchement intra-articulaire.

Quant à la seconde attitude du membre, c'est-à-dire à la flexion avec adduction et rotation en dedans, ils en trouvent la cause dans l'altération de la portion supérieure du rebord cotyloïdien qui, pressé par la tête fémorale, ne tarde pas à s'élargir et à se convertir en un plan incliné en dehors et en haut sur lequel glisse la tête fémorale. L'extrémité inférieure du fémur se porte donc en dedans; le membre se place dans l'adduction, et, sollicité par son propre poids, subit un certain degré de rotation en dedans. Cette attitude vicieuse est augmentée plus tard par l'action des muscles adducteurs, qui sont tendus par suite de la position du membre.

Mais la distinction si nette que les auteurs précédents ont cherché à établir entre la coxalgie capsulaire et la coxalgie osseuse n'existe pas plus en clinique qu'en anatomie pathologique, et l'on ne peut accepter comme l'expression de la vérité aucune des explications données jusqu'ici au sujet des attitudes vicieuses du membre inférieur dans la coxalgie.

Toutefois le fait clinique existe, et l'on a su lui rattacher divers autres symptômes dont la valeur et la signification réelles ont été longtemps méconnues.

Ces symptômes sont : A. les déviations du bassin et de la colonne vertébrale; B. les changements dans la longueur des membres, entraînant les uns et les autres comme conséquences des déformations de la hanche.

A. *Déviations du bassin.* — La déviation du bassin est un phénomène complexe et des plus importants, et si l'on en saisit bien le caractère et le mécanisme, il deviendra facile de comprendre la symptomatologie si obscure de la coxalgie.

Or, pour cela, il suffit de se rappeler que si, dans l'immense majorité des cas et à l'état physiologique, le bassin reste fixe, tandis que les fémurs se meuvent sur lui, le bassin peut à son tour se mouvoir sur les fémurs devenus point fixe. Tous les mouvements se passent à la fois dans trois points, savoir : dans les deux articulations coxo-fémorales et dans les articulations sacro-lombaires. Que ce soit le fémur qui exécute un mouvement, qui se fléchisse, par exemple, sur le bassin, ou que ce soit ce dernier qui se déplace et s'incline sur la cuisse, l'attitude de l'articulation est la même; mais suivant que cette attitude est produite par l'un ou l'autre de ces mécanismes, les rapports du bassin avec la colonne vertébrale ou les rapports des cuisses avec le tronc sont changés.

Ainsi, pour une même flexion, si ce sont les fémurs qui se meuvent, le bassin restant fixe, les genoux sont relevés (le sujet étant couché sur le dos), et les cuisses forment avec le tronc un angle ouvert en avant; si, au contraire, c'est le bassin qui s'est fléchi en avant sur les fémurs devenus point fixe, ceux-ci restent dans la direction de l'axe du tronc, mais les rapports du sacrum avec le rachis sont changés par suite du mouvement qui s'est opéré dans les articulations sacro-lombaires, d'où la production à ce niveau d'une concavité (cambrure ou ensellure).

Ceci posé, examinons les diverses déviations du bassin que l'on peut rencontrer dans la coxalgie. Le bassin se meut autour de trois axes : 1° transversal, 2° antéro-postérieur, 3° vertical, auxquels correspondent trois séries de mouvements : 1° l'extension ou la flexion, 2° l'inclinaison latérale, 3° la rotation ou la torsion.

1° *Flexion pelvienne.* — Dans la première période de la coxalgie, le membre malade est, comme nous l'avons dit, constamment fléchi, et le plus souvent aussi, à cette flexion du côté malade correspond un certain degré de flexion du côté sain. Si donc le malade veut marcher, il est forcé de reporter en arrière le centre de gravité du tronc; celui-ci se renverse en arrière sur le bassin, d'où résulte une cambrure lombaire plus ou moins prononcée.



Lorsque le malade est couché, il tient généralement la cuisse relevée et la position du bassin ne paraît pas changée. Mais si le chirurgien appuie sur le genou malade de manière à allonger les deux membres sur le lit, on voit immédiatement le bassin s'incliner sur les fémurs, et simultanément les lombes se creusent.

Cette position est souvent prise par les malades, comme on le voit fig. 14; on trouve alors les deux membres allongés sur le lit et parallèles.

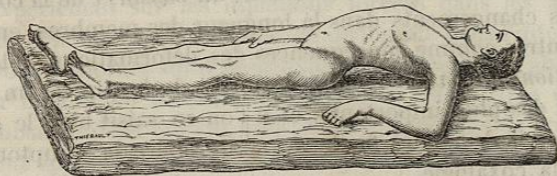


FIG. 14. — Sujet atteint de coxalgie du côté gauche. Les deux membres sont parallèles; le gauche présente un raccourcissement apparent à la vue. Le bassin est fortement fléchi sur la cuisse, comme l'indique la cambrure lombaire.

Mais dans ce cas, c'est le bassin qui s'est incliné sur le fémur, et la région lombaire présente une cambrure prononcée, que la main glissée à plat constate facilement. Si l'on vient à relever graduellement la cuisse ma-

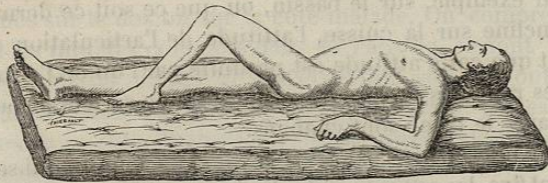


FIG. 15. — Le même sujet chez lequel on a fait disparaître la flexion du bassin, et par suite la cambrure lombaire, en relevant graduellement la cuisse malade. Le degré de flexion de l'articulation est le même; seulement, les rapports du membre avec le tronc sont changés, tandis que dans le cas précédent, ce sont les rapports du sacrum et de la colonne vertébrale qui étaient modifiés.

lade (fig. 15), on ramène le bassin dans ses rapports normaux avec la colonne lombaire et l'ensellure disparaît.

2° *Inclinaisons latérales du bassin.* — De même que la flexion, les déviations latérales du bassin sont intimement liées aux attitudes vicieuses de l'articulation, qui, dès le début de la coxalgie, se place soit dans la flexion avec abduction et rotation en dehors, soit dans la flexion avec adduction et rotation en dedans. Parise et Bonnet ont bien expliqué le mécanisme de ces déviations du bassin et montré l'enchaînement de ces divers symptômes : attitudes vicieuses de l'articulation, inclinaisons du bassin, variations de longueur du membre malade.

Lorsque la cuisse est fléchie sur le bassin et portée dans l'abduction (fig. 16), pour que la marche soit possible, il faut que les deux membres soient ramenés au parallélisme. Or, du côté malade, l'attitude vicieuse (l'abduction) étant fixe, ce n'est pas le fémur qui se déplace, mais bien le

bassin qui s'incline du côté malade, afin de rétablir l'équilibre; mais en même temps et pour la première raison, c'est-à-dire pour ramener le centre de gravité dans l'aire de la base de sustentation, la colonne vertébrale doit s'infléchir en sens inverse, c'est-à-dire qu'elle décrit une courbe à convexité dirigée du côté malade (fig. 17). L'abaissement du bassin se

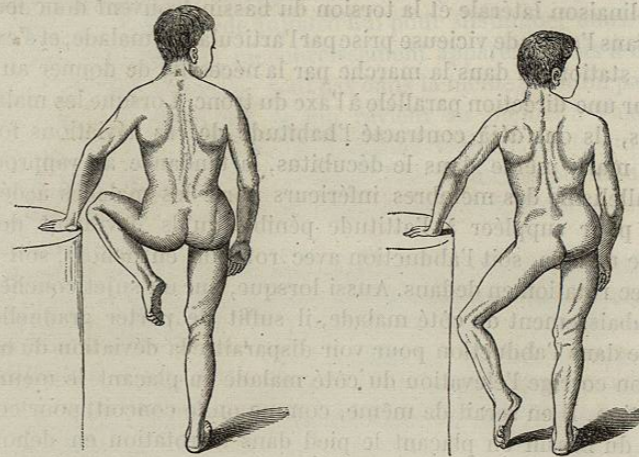


FIG. 16. — Sujet atteint de coxalgie du côté gauche. Flexion, abduction et rotation en dehors de la cuisse malade.

FIG. 17. — Le même sujet pendant la marche. Le côté gauche du bassin est fortement abaissé. La colonne vertébrale présente une courbure à convexité dirigée à gauche.

reconnait par l'aplatissement de la fesse et la situation du pli fessier qui s'abaisse du côté malade.

De même, si l'on suppose le membre fléchi et dans l'adduction, le bassin doit s'élever du côté malade et s'abaisser du côté sain, et en même temps la colonne vertébrale doit présenter une courbure à concavité dirigée du côté malade.

3° *Torsion pelvienne.* — Nous avons vu que l'abduction s'accompagnait généralement de la rotation du pied en dehors, en un mot, que l'abduction était liée à la rotation en dehors. Cette troisième condition de l'attitude vicieuse du membre entraîne également une troisième variété de déviation du bassin, c'est la torsion. Celle-ci s'explique par le même mécanisme. Supposons le membre dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Nous venons de voir que pour que la marche s'effectue dans ces conditions, le parallélisme des membres inférieurs étant impossible en raison de la fixité de l'attitude du membre malade, il était nécessaire d'abord que le bassin se fléchît, puis qu'il s'inclinât du côté malade et s'élevât du côté sain. Nous pouvons ajouter maintenant que la rotation du membre inférieur de dehors en dedans qui devrait compléter le parallélisme étant impossible, ce doit être encore le bassin qui exécute ce mouvement de rotation, en vertu duquel la colonne lombaire éprouve une tor-



sion sur son axe longitudinal, l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade devenant proéminente et se plaçant sur un plan antérieur à celle du côté sain.

Une déviation inverse sera produite par l'adduction avec rotation du pied en dedans, le bassin subira une torsion en sens contraire, et l'épine iliaque du côté malade deviendra moins saillante que celle du côté sain.

L'inclinaison latérale et la torsion du bassin trouvent donc leur raison d'être dans l'attitude vicieuse prise par l'articulation malade, et s'expliquent dans la station ou dans la marche par la nécessité de donner au membre inférieur une direction parallèle à l'axe du tronc. Lorsque les malades sont couchés, ils ont déjà contracté l'habitude de ces déviations forcées du bassin; mais, même dans le décubitus, la tendance au rapprochement, au parallélisme des membres inférieurs porte les malades à dévier leur bassin pour suppléer à l'attitude pénible qu'ils devraient donner au membre malade, soit l'adduction avec rotation en dehors, soit l'adduction avec rotation en dedans. Aussi lorsque, sur un sujet couché, on constate l'abaissement du côté malade, il suffit de porter graduellement le membre dans l'adduction pour voir disparaître la déviation du bassin. De même on corrige l'élévation du côté malade en plaçant le membre dans l'adduction. Il en serait de même, comme on le conçoit, pour corriger la torsion du bassin en plaçant le pied dans la rotation en dehors ou en dedans.

Toutefois il se peut que les déviations du bassin n'existent pas lorsque l'on examine les malades au lit, mais alors le membre malade est dans l'attitude particulière à la maladie et déplacé par rapport au bassin resté fixe. Le membre inférieur est alors dans l'adduction avec rotation en dehors ou dans l'adduction avec rotation en dedans. Si le chirurgien cherche à ramener le membre dans sa position normale, c'est-à-dire parallèle au membre sain, on voit aussitôt se produire les déviations du bassin, sur lesquelles nous avons suffisamment insisté.

B. *Changements de longueur des membres.* — De même que nous venons de voir que les attitudes vicieuses de l'articulation coxo-fémorale entraînaient comme conséquence des déviations du bassin, de même aussi nous allons montrer que ces dernières déterminent des variations apparentes dans la longueur des membres.

L'allongement et le raccourcissement du membre dans la coxalgie ont été l'objet de nombreuses controverses, et c'est seulement de nos jours que ces symptômes ont reçu une interprétation rationnelle.

Il y a à peine quarante ans, la doctrine classique sur le point qui nous occupe était ainsi formulée : la coxalgie, considérée comme synonyme de luxation spontanée, était caractérisée, d'abord par l'allongement du membre, coïncidant avec l'expulsion de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde; puis, dans une seconde période, par le raccourcissement du membre, produit par la luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque.

J. Hunter, l'un des premiers, au dire de Samuel Cooper (1), expliqua l'allongement du membre par l'inclinaison du bassin; puis Brodie, Malgaigne (2), Guérin (3), Parise et Bonnet (de Lyon), démontrèrent que, dans le plus grand nombre des cas, les variations de longueur des membres abdominaux sont seulement apparentes et liées à des déviations du bassin.

Cependant, comme des changements de longueur réels peuvent également s'observer, on s'accorde aujourd'hui pour distinguer dans la coxalgie : 1° l'allongement et le raccourcissement apparents, dus à ce que les membres que l'on compare ne sont pas dans la même position par rapport au plan médian du corps, ou, ce qui revient au même, à l'axe vertical du bassin; et 2° l'allongement et le raccourcissement réels qui existent, lorsque les membres étant exactement dans la même position par rapport à l'axe du bassin, on constate une modification absolue de leur longueur comparative.

1° *Allongement et raccourcissement apparents.* — Non-seulement les variations de longueur du membre inférieur peuvent être apparentes à la vue; elles peuvent l'être encore à la mensuration. Les développements dans lesquels nous sommes entrés, relativement aux déviations du bassin, permettront de comprendre l'exactitude de la proposition précédente. Les deux fémurs articulés sur les parties latérales du bassin représentent deux leviers implantés par leur extrémité supérieure sur une tige transversale. Si l'une des extrémités de cette tige s'incline d'un côté, l'autre extrémité s'élève, et les deux membres, entraînés en sens inverse, paraîtront d'inégale longueur. Ainsi l'inclinaison latérale du bassin produira un allongement ou un raccourcissement qui ne seront qu'apparents, puisque l'extrémité supérieure du fémur conserve ses rapports avec l'os iliaque. On peut donc tirer de là cette conclusion, que l'adduction du membre entraînant un abaissement du bassin du côté malade, produit l'allongement apparent, à la vue, et que l'adduction du membre, entraînant l'élévation du bassin du côté malade, produit un raccourcissement apparent à la vue; enfin on peut ajouter, comme corollaires de la proposition précédente, que l'allongement apparent à la vue sera d'autant plus considérable que le membre sera dans une adduction plus prononcée, et que le raccourcissement apparent à la vue sera d'autant plus grand que le membre sera dans une adduction plus forte.

La théorie de l'allongement et du raccourcissement apparent à la mensuration est aussi aisée à comprendre. Si l'on considère comme points fixes l'épine iliaque antérieure et supérieure, le centre de l'articulation coxo-fémorale et le condyle externe du fémur, et si l'on joint ces trois points, on a une ligne brisée représentant un V, dont le sommet répond au centre de l'articulation, dont l'ouverture regarde en dehors et dont les

(1) *Dictionnaire de chirurgie*, t. I, p. 219.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 100.

(3) *Ibid.*, p. 128.



extrémités répondent, l'une à l'épine iliaque, l'autre au condyle. Or, si l'on porte le membre dans l'abduction, le V tendra à se fermer d'autant plus que l'abduction sera plus considérable, et la distance entre les deux extrémités du V diminuera proportionnellement, ou, si l'on aime mieux, la ligne qui unit l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle externe du fémur diminuera de longueur. Cette ligne représente précisément le lien qui sert à la mensuration, et qui, dans le cas présent, indiquera un raccourcissement.

Le contraire aura lieu dans le mouvement d'adduction. Le V s'ouvre de plus en plus; les trois points fixes, l'épine iliaque, centre de l'articulation, condyle du fémur, tendent à se placer sur une même ligne; les extrémités du V s'écartent donc l'une de l'autre, la distance qui les sépare augmente, c'est-à-dire qu'il y a allongement apparent du membre à la mensuration pratiquée à l'aide d'un lien étendu de l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle externe du fémur.

Nous pouvons donc maintenant formuler les propositions suivantes, qui, sans les explications précédentes, auraient pu paraître incompréhensibles.

L'abduction du membre produit : l'allongement apparent à la vue, le raccourcissement apparent à la mensuration.

L'adduction du membre produit : le raccourcissement apparent à la vue, l'allongement apparent à la mensuration.

La mensuration, pratiquée au moyen d'un lien étendu de l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle externe du fémur ou à la malléole externe, n'a donc aucune valeur et ne donne aucun renseignement relativement aux variations de longueur réelles des membres inférieurs, puisqu'elle ne tient pas compte de l'inclinaison pelvienne.

Giraud-Teulon a imaginé un procédé de mensuration très-simple, qui donnerait des résultats mathématiquement exacts, si toutes les conditions qu'il suppose remplies l'étaient réellement.

Partant de cette observation anatomique (fig. 18), que l'épine iliaque antéro-supérieure, A, le centre de la cavité cotyloïde, O, et le point le plus bas de la tubérosité de l'ischion, I, sont sur une même ligne droite, et que le centre de la cavité cotyloïde se trouve au milieu de cette ligne, Giraud-Teulon lui fit application de ce principe de géométrie élémentaire : étant connus les trois côtés d'un triangle, il est toujours possible de déterminer la distance qui sé-

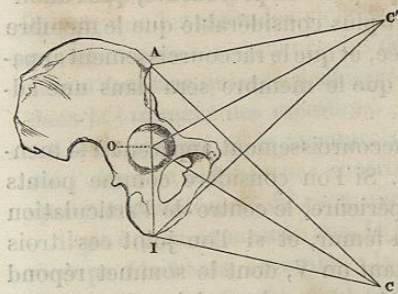


FIG. 18. — Procédé de mensuration de Giraud-Teulon.

pare son sommet de la partie moyenne de sa base.

Donc, quelle que soit la direction ou l'inclinaison du fémur sur le bas-

sin, si l'on connaît la distance de son extrémité mobile, C, C', d'une part à l'épine iliaque antéro-supérieure, A, de l'autre au point le plus bas de la tubérosité de l'ischion, I, la distance non mesurable directement du même point mobile C, C' au centre de la cavité cotyloïde O sera immédiatement déterminable.

D'où la règle pratique suivante :

1° Mesurez avec un compas d'épaisseur la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure du point inférieur de l'ischion. Transportez cette mesure sur un tableau; ce sera la base du triangle.

2° Prenez avec un ruban métrique la distance du point mobile choisi au genou (tubérosité interne du condyle) à l'épine iliaque antéro-supérieure; puis, avec cette longueur comme rayon, décrivez un arc de cercle sur le tableau, en prenant comme centre l'une des extrémités de la base du triangle.

3° Prenez également la distance de la tubérosité interne au point inférieur de l'ischion; avec cette mesure comme rayon, décrivez un second arc de cercle sur le tableau, en prenant comme centre l'autre extrémité de la base du triangle. Les deux arcs de cercle se couperont dans le plan du dessin. Joignant alors ce point d'intersection au milieu de la base du triangle, point qui représente le centre de la cavité cotyloïde, vous aurez la longueur même du membre.

La comparaison des mesures du côté sain et du côté malade donnera le degré des variations réelles de longueur du membre, quelle que soit la position de ce dernier.

Ce procédé est soumis à plusieurs causes d'erreur : il est d'abord très-difficile, en raison de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent l'ischion, de déterminer de chaque côté le point précisément symétrique, et cependant la justesse de l'épreuve comparative dépend tout entière de cette condition. De plus, si les rapports indiqués par Giraud-Teulon entre l'épine iliaque, la tubérosité de l'ischion et le centre de la cavité cotyloïde, sont généralement exacts chez l'adulte, ils cessent de l'être chez la femme et chez l'enfant. Chez ces derniers, ce mode de mensuration ne donnerait donc pas des résultats exacts.

Nous ne nous arrêtons pas plus longtemps sur les différents procédés de mensuration, ni sur les appareils plus ou moins compliqués imaginés dans ce but, parce que, au point de vue pratique, nous ne craignons pas de dire que leur utilité est contestable.

Les résultats fournis par ces procédés varient à l'infini suivant une foule de circonstances. Tantôt il est impossible de ramener le bassin dans la rectitude et le membre dans sa position normale; tantôt la difficulté de déterminer un point fixe exactement symétrique de chaque côté enlève à la mensuration toute son exactitude; tantôt enfin la position vicieuse du membre, que rien ne peut vaincre, empêche absolument de mettre en pratique les procédés de mensuration et d'appliquer les instruments recommandés pour cet usage.



Ce qu'il nous reste à dire des variations réelles de la longueur des membres achèvera de montrer que les mensurations sont loin d'avoir la valeur que certains auteurs ont voulu leur attribuer.

2° *Allongement et raccourcissement réels.* — L'allongement réel du membre dans la coxalgie, c'est-à-dire l'allongement indépendant de la position du membre par rapport au bassin, est un symptôme tout à fait exceptionnel et dont la réalité a été plutôt admise par suite de vues théoriques. On a, par exemple, admis sans preuve suffisante que cette élévation du membre devait reconnaître pour causes le gonflement du paquet cellulo-adipeux du fond de la cavité cotyloïde, l'augmentation de volume de la tête du fémur, l'accumulation de liquide dans la capsule articulaire, enfin la paralysie musculaire.

La cause presque unique d'allongement réel du membre dans la coxalgie, c'est la luxation du fémur en dedans, dans la fosse ovale, ou en bas, sur l'ischion. Lorsque ces luxations existent, ce qui est très-rare, l'allongement réel peut devenir alors très-considérable, mais, dans ce cas, son importance est accessoire et s'efface devant celle des symptômes propres à la luxation.

Le raccourcissement réel, beaucoup plus fréquent que l'allongement réel se produit lorsque la tête du fémur abandonne en partie ou en totalité la cavité cotyloïde pour se porter dans la fosse iliaque externe. Ces luxations iliaques complètes ou incomplètes s'observent assez fréquemment en raison de la déformation particulière de la cavité cotyloïde que nous avons signalée au niveau de la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien, d'où résulte un agrandissement dans ce sens de la cavité de réception du fémur, lequel se déplace alors facilement et s'élève au-dessus du centre de la cavité. Lorsqu'il y a luxation complète, le fémur va se loger en haut et en arrière, vers le bord externe de la grande échancrure sciatique. Dans ce cas, le raccourcissement est évident et vient se joindre aux autres signes de la luxation.

Le raccourcissement réel peut encore être dû à la pénétration de la tête fémorale à travers une perforation de la cavité cotyloïde, complication qu'il sera difficile, sinon même impossible de reconnaître.

Enfin le raccourcissement réel peut tenir à une altération absolue de la longueur du fémur, dépendant elle-même, soit de la destruction plus ou moins complète de la tête du col du fémur par le fait de la suppuration, soit plus fréquemment encore de l'atrophie ou plutôt de l'arrêt de développement du fémur. Cette atrophie, qui résulte de l'inaction du membre et du trouble que subit sa nutrition, est d'autant plus considérable que la coxalgie est survenue chez un sujet plus jeune et qu'elle a duré plus longtemps. L'atrophie se fait sentir davantage sur les os qui sont le plus rapprochés de l'articulation malade; elle est plus prononcée sur le fémur que sur le tibia. L'os atrophié est non-seulement moins long; il est en même temps moins gros et moins dense. La différence de longueur qui résulte de cette cause peut quelquefois atteindre 3 ou 4 cen-

timètres. Pour apprécier la nature de ce raccourcissement, il faut mesurer comparativement les fémurs au moyen d'un ruban tendu entre un point pris sur le grand trochanter et le tubercule du condyle externe, et répéter cette mensuration pour les deux tibias.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — Dans les pages précédentes, nous avons dû étudier successivement les divers symptômes de la coxalgie sans nous préoccuper de l'ordre suivant lequel ils apparaissent. Or, les auteurs s'accordent à reconnaître, au point de vue de la marche, deux variétés de coxalgie, l'une à marche aiguë, l'autre à marche chronique.

La coxalgie aiguë s'observe surtout dans certaines formes de carie de l'articulation que Bonnet a comparées aux caries vertébrales à marche rapide. Le début brusque s'annonce par des douleurs très-vives qui empêchent la marche et augmentent au moindre mouvement. Souvent il existe en même temps des phénomènes généraux graves. La suppuration est généralement très-rapide et se forme avant qu'on ait le temps d'observer les attitudes vicieuses et les changements dans la longueur et la position du membre.

Quoique la luxation n'arrive pas nécessairement dans cette forme de coxalgie, le plus souvent cependant elle se produit à une époque très-rapprochée du début. Il n'est pas rare que la mort arrive dans la période de suppuration; mais on voit aussi quelquefois, lorsque la suppuration s'est fait jour à l'extérieur, tous les symptômes perdre de leur acuité, et la maladie revêt alors la marche de la coxalgie chronique suppurée.

La coxalgie à marche chronique peut elle-même offrir diverses variétés. Lorsque les lésions articulaires sont peu profondes, la maladie s'accuse seulement par des douleurs au genou ou à la hanche, par de la claudication, de la faiblesse du membre malade. On constate que les mouvements de la jointure sont perdus, et l'examen montre que, du côté malade, le membre est dans la flexion et dans l'abduction avec rotation en dehors, ou que le bassin est incliné et tordu sur lui-même; enfin qu'il existe un allongement à la vue et un raccourcissement apparent à la mensuration avec aplatissement de la fesse et abaissement du pli fessier. La maladie peut s'arrêter à ce degré, sous l'influence du repos et du traitement, et les mouvements se rétablir.

Dans d'autres cas, on voit l'abduction et la rotation en dehors du membre, l'inclinaison du bassin, et, par suite, l'allongement apparent à la vue et le raccourcissement apparent à la mensuration, faire place à l'abduction avec rotation en dedans, à l'élévation du bassin, et, par suite, au raccourcissement apparent à la vue et à l'allongement apparent à la mensuration.

Avant que l'on connût exactement la signification réelle des variations de longueur des membres, on expliquait aisément cette succession de symptômes en disant que l'allongement initial correspondait à l'expulsion lente de la tête fémorale, et le raccourcissement consécutif au déplacement de celle-ci dans la fosse iliaque. Quoique cette doctrine ait été