

sont trop souvent porteurs de luxations coxo-fémorales, limitées tantôt à un seul côté et tantôt doubles. Ces luxations congénitales vraies paraissent beaucoup plus fréquentes chez les petites filles. Rarement on s'aperçoit de la lésion avant que l'enfant ne commence à marcher, ce sont les modifications de la marche, que nous allons décrire tout à l'heure, qui font reconnaître l'affection.

On pourrait, en raison de ce fait, croire qu'elle est d'origine extra-utérine, il n'en est rien, les déformations osseuses de l'os iliaque, les atrophies musculaires concomitantes et les résultats des atrophies démontrent que la luxation est d'origine intra-utérine. Comment se produit-elle ? Toutes les néoformations ont été attribuées à deux causes, pour les uns elles sont dues à des compressions de l'embryon, pour d'autres c'est toujours à une lésion primordiale des centres nerveux trophiques qu'il faut les rapporter. Les compressions peuvent être de causes multiples : compressions extérieures répétées et localisées sur un utérus dans lequel le liquide amniotique est peu abondant, fausses positions des membres de l'embryon, qui gênent le développement normal des vaisseaux.

Les lésions nerveuses centrales, primordiales, lésions de trophicité, peuvent elles aussi agir directement sur le squelette ou indirectement sur les os par l'atrophie des muscles et surtout des muscles du plan postérieur du corps.

La théorie à laquelle la plupart des auteurs se rattachent pour les luxations congénitales, théorie brillamment soutenue par mon maître Sédillot, est celle d'une arthrite développée chez le fœtus ; que cette arthrite se soit bornée à une distension ligamenteuse ou qu'elle ait donné lieu à une hydarthrose coxo-fémorale (Parise), toujours la tête osseuse moins soutenue s'échappe complètement ou incomplètement de la cavité cotyloïde. Mais à quoi est due cette arthrite intra-utérine ? Les auteurs ont négligé de nous le dire. Pour ma part, je pense qu'au moment du développement des membres, des brides amniotiques peuvent empêcher la cuisse de se mettre en flexion fœtale, que par le fait de cette position vicieuse les vaisseaux se sont insuffisamment élargis et que l'os iliaque, la cavité cotyloïde, tout l'appareil articulaire, les muscles se sont mal développés, en même temps que les vaisseaux qui passent par le ligament rond sont rétrécis et insuffisants pour assurer la nutrition parfaite de cette extrémité osseuse.

On a signalé en outre l'influence de l'hérédité sur la production des luxations congénitales du fémur. Il faut donc alors, nous reviendrons sur cette question quand nous nous occuperons des vices de conformation des membres, il faut donc, dis-je, admettre que déjà l'ovule, si l'hérédité est maternelle, ou le spermatozoïde si elle est d'origine paternelle, possèdent en latence une lésion correspondante et nous retombons dans la théorie de l'homuncule.

Toujours au moment de la naissance la luxation est incomplète ; plus tard, quand l'enfant commence à marcher, elle se complète et toujours elle est iliaque. La tête osseuse, insuffisamment nourrie par les vaisseaux rétrécis qui s'y rendent en passant par le ligament rond, canal fibro-cartilagineux plus ou moins stéatosé et détruit, s'atrophie, s'aplatit et devient conique. L'os iliaque lui-même, insuffisamment développé, ne fait plus en dehors sa saillie normale, ses ailes deviennent verticales, le cotyle est aplati de dedans en dehors, le rebord de l'acétabulum et le bourrelet cotyloïdien sont atrophiés, la cavité se comble peu à peu par le tissu graisseux qui en occupe normalement l'arrière-fond.

Le col et la diaphyse fémorale participent eux aussi à ces lésions et tout le membre inférieur est plus ou moins atrophié. Les muscles pelvi-trochantériens stéatosés ne résistent plus, le bassin vicié de forme et aplati s'incline du côté malade, la colonne lombaire pour rétablir l'équilibre s'infléchit en sens opposé et un véritable bassin oblique ovalaire se produit. Dans les cas où la luxation est double, la viciation du bassin est moins accentuée, car celle d'un côté compense celle du côté opposé, mais toujours le diamètre transverse du détroit supérieur est rétréci, tandis qu'au détroit inférieur le même diamètre est élargi.

En effet, la déformation du cotyle ou des deux cotyles agit suivant un plan supérieur à celui qui passe par les deux tubérosités ischiatiques et celles-ci sont repoussées en dehors par une sorte de mouvement de bascule dont le centre correspond à l'arrière-fond des cavités cotyloïdes, l'action des muscles qui s'insèrent sur la branche ischio-pubienne vient encore favoriser la projection en dehors des tubérosités ischiatiques.

Par suite du déplacement iliaque de la tête fémorale altérée dans sa forme et raréfiée dans sa structure, le petit trochanter est entraîné en haut, en arrière et en dehors, il tire donc sur le psoas et ce muscle approfondit la gouttière iliaque dans laquelle il passe, en dehors de la bandelette iléo-pectinée.

Lorsque la tête osseuse déplacée occupe depuis longtemps sa position anormale, la face externe de l'os iliaque se creuse par régression osseuse au niveau des points où s'exécutent les mouvements, il se forme une nouvelle capsule fibreuse doublée d'une synoviale, et renforcée par des jetées osseuses périostiques parties de l'os des îles, une pseudoarthrose est créée, fausse articulation qui dans certains cas a pu s'enflammer et même suppurer.

De toutes ces considérations anatomiques résultent les symptômes suivants : Le membre inférieur arrêté dans son développement est atrophié, tout au moins dans sa partie supérieure, les anastomoses ayant souvent permis à la circulation de se rétablir dans les parties inférieures. L'os des îles n'est plus oblique en dehors, il est à peu près vertical, la crête iliaque est abaissée, la colonne lombaire incurvée en sens contraire, le grand trochanter repoussé en haut et en arrière

fait saillir la fesse dont les muscles sont cependant plus ou moins atrophiés; le pli fessier est relevé du côté malade, celui de l'aîne est plus marqué en raison de la distension du psoas entraîné par le petit trochanter. La direction générale du fémur est plus oblique en dedans que dans l'état normal, l'angle que font les os de la jambe avec la cuisse est donc moins obtus; pour y remédier, le petit malade met instinctivement son membre inférieur en rotation externe. La mensuration indique un raccourcissement plus ou moins grand que la traction ne parvient pas à faire disparaître. Le pied pour trouver un point d'appui sur les orteils prend la position d'un pied bot équin.

La tête du fémur ne roule plus sous les doigts dans la région antéro-externe de l'aîne, on la retrouvera repoussée vers la crête iliaque ou même en arrière dans la fosse iliaque externe. Aucun des mouvements communiqués n'est douloureux, tous ils sont possibles et même très étendus, sauf celui d'abduction qui toujours est gêné. Le petit malade en marchant sur ce membre raccourci fléchit à chaque pas, il incline le tronc du côté de la lésion dès que le centre de gravité doit tomber sur le pied correspondant, aussi cherche-t-il avec sa main un corps quelconque auquel il puisse se soutenir. La claudication et les déformations de la hanche s'accroissent, et l'enfant finit par marcher sur la pointe du pied.

Des symptômes analogues caractérisent la luxation congénitale double. Les deux trochanters font saillie en arrière, la plus grande obliquité des deux fémurs sur les os de la jambe, la rotation des membres en dehors, donnent l'apparence d'un double genu valgum. La courbure compensatrice de la colonne lombaire ne se fait plus d'un côté seulement, puisque la luxation est double, c'est alors une forte ensellure qui se produit avec saillie de l'abdomen en avant, saillie qui ramène dans son plan normal le centre de gravité déplacé.

La marche est très difficile, les deux têtes fémorales mal fixées dans leur position anormale sont pour ainsi dire flottantes, les mouvements sont mal assurés et l'enfant marche avec un balancement alternatif du tronc, d'un côté à l'autre (démarche de cane). Il a besoin de se soutenir à des corps résistants pour maintenir ou retrouver son équilibre; la montée d'un escalier est presque impossible en raison du double mouvement de projection en avant et de soulèvement du poids du corps qu'il faut exécuter.

La manière dont les accidents se sont produits, l'absence de douleurs, la possibilité de tous ou de presque tous les mouvements ne permettent pas de confondre une luxation congénitale avec une luxation traumatique ou avec une coxalgie. Ajoutons, toutefois, que l'on a constaté dans des cas de luxations congénitales des douleurs irradiées le long des nerfs et que, déjà nous l'avons dit, des arthrites pouvaient survenir dans les néarthroses consécutives, signes qui

pourraient faire penser à une coxalgie, mais toujours la néarthrose enflammée est sur un plan postérieur à celui du cotyle et toujours aussi, la cuisse étant fléchie, le trochanter, quand il s'agit d'une luxation congénitale, fait saillie bien en arrière de la ligne qui unit l'ischion à l'épine iliaque antérieure et supérieure (Nélaton).

Traitement. — Tous les enfants atteints de luxations congénitales sont dans un état général mauvais, chez tous la nutrition est imparfaite, aussi faut-il avant toute chose s'adresser aux toniques de toute nature. En même temps on s'efforcera de ramener la tête fémorale vers la cavité cotyloïde et on la fixera soit dans le cotyle, ce qui est bien rarement possible, soit le plus près que l'on pourra de celui-ci en allongeant le membre et en le mettant dans la meilleure position pour qu'il puisse ultérieurement être utile. On a inventé un grand nombre d'appareils contentifs, de ceintures pour obtenir ainsi une néarthrose peu défectueuse. On y joindra l'usage de souliers à semelles épaisses, destinés à éviter l'inclinaison du bassin et la torsion compensatrice de la colonne sous l'influence de la marche. Ici, nous nous trouvons dans un cercle vicieux, car si d'une part au point de vue de l'hygiène générale de l'enfant la marche est indispensable, d'autre part elle favorise les déplacements, ce n'est en effet que vers dix ou douze ans que l'on pourra espérer avoir obtenu une nouvelle articulation suffisante pour résister aux pressions transmises par le pied. Après cet âge la tête fémorale est fixée dans sa nouvelle situation et l'infirmité est définitive, à moins qu'on ne s'adresse, comme dans ces derniers temps l'ont fait quelques chirurgiens, à une résection de la tête luxée, ou à une section du col que l'on ramène ensuite au niveau du cotyle et qu'on ne l'y maintienne pour obtenir, soit une ankylose fibreuse en bonne position, soit une néarthrose. Les méthodes antiseptiques doivent permettre d'espérer de bons résultats après de pareilles opérations, disons cependant qu'on ne devra les tenter que lorsque l'impotence absolue du membre aura rendu les malades incapables de subvenir à leur existence. Ce sont toujours là des tentations trop graves pour que l'on soit autorisé à en faire des opérations de complaisance. S'il s'agit d'une luxation congénitale double, on n'opérerait pas simultanément les deux membres, on attendrait la guérison du premier avant d'entreprendre la résection du second, et si à la suite d'un premier succès le malade était capable de gagner sa vie, même avec des appareils prothétiques, on éviterait de lui faire courir les dangers d'une deuxième opération.

Lésions nutritives de la hanche.

Indépendamment des arthrites tuberculeuses, *coxalgies*, il peut survenir dans la hanche des arthrites simples sans relations avec le bacille de Koch.

1° *Arthrite subaiguë*. — Après une chute, un traumatisme léger, pendant un accès de rhumatisme poly ou mono-articulaire, il peut survenir une arthrite subaiguë de la hanche. C'est franchement qu'elle s'établit et non pas lentement, insidieusement comme la coxalgie, les mouvements étant douloureux, le malade relâche et immobilise instinctivement l'articulation, une hydarthrose peut même survenir dans la jointure, mais la poussée du liquide ne sera pas suffisante pour disjoindre les surfaces et causer une luxation pathologique, cet épanchement de liquide ne pourra que difficilement être perçu à travers les masses musculaires épaisses, périphériques, mais il amènera la flexion et la rotation du membre en dehors, en raison de la plus grande extension de la capsule dans le sens de ces deux mouvements.

S'il s'agit de rhumatisme, c'est aux moyens médicaux qu'il faut s'adresser, mais toujours, quelle que soit la cause de cette arthrite subaiguë, on devra mettre le membre dans sa position normale et l'y fixer par un appareil inamovible.

Lorsqu'au contraire le malade est en possession de tuberculose latente, l'arthrite subaiguë fera bientôt place à une coxalgie et aux accidents qu'elle entraîne.

2° *Arthrite aiguë*. — A la suite de traumatismes graves on a vu l'arthrite aiguë coxo-fémorale survenir et suppurer. Elle survient aussi dans les cas de septicémie générale, fièvres typhiques, fièvres éruptives et puerpérales ; mais c'est plus souvent à la suite d'ostéomyélites juxta-épiphysaires consécutives à des traumatismes qu'elle se produit. On a attribué quelques arthrites de la hanche à la blennorrhagie.

La hanche est tendue, gonflée, la pression en est pénible, les mouvements plus douloureux encore que dans le cas précédent forcent le malade à relâcher son articulation qu'il porte en flexion, en abduction et en rotation en dehors, ou encore en adduction et en rotation en dedans, suivant que la douleur provoquée ou spontanée est plus vive dans un sens que dans l'autre. Comme dans toutes les arthrites aiguës l'état général s'altère rapidement, la fièvre s'allume vive et intense, avec délire, et tous les accidents gastriques que nous connaissons.

Bientôt la surface articulaire baignée par le pus s'altère, une ostéomyélite du col s'établit, la capsule se ramollit, cède dans ses parties faibles et la tête fémorale chassée hors de sa cavité se loge en haut et en arrière.

Souvent les parties péri-articulaires s'enflamment à leur tour, le fond de la cavité cotyloïde peut se perforer et le pus pénétrera dans le petit bassin, ou bien la bourse séreuse du psoas qui assez fréquemment communique avec le prolongement de la synoviale articulaire se rompt, et par là le pus fusera dans la gaine du psoas.

D'autres fois, au lieu de suppurer, la cavité articulaire enflammée se recouvre de productions osseuses, les cartilages diarthrodiaux dispa-

raissent et la soudure entre les deux surfaces osseuses dénudées s'opère, l'ankylose est alors complète et absolue.

Traitement. — Au début il faut, avant tout, calmer les douleurs, par des antiphlogistiques, par des cautérisations ponctuées répétées. Puis, on mettra le membre dans une position telle que si l'ankylose survient, chose souvent désirable, il puisse encore rendre des services utiles, on le mettra donc en extension et on l'immobilisera d'une manière absolue, ce qui contribuera beaucoup à calmer les douleurs.

Si au contraire on constate que les accidents généraux vont en s'aggravant, que la suppuration s'est établie, il ne faudra, aujourd'hui, plus hésiter. On ouvrira largement la jointure, ainsi que tous les abcès péri-articulaires, on lavera, on drainera, en un mot, on emploiera les méthodes antiseptiques les plus rigoureuses. On pourrait encore s'il le fallait réséquer la tête osseuse altérée et l'extirper, nettoyer la cavité cotyloïde, traiter comme nous venons de le dire et espérer la formation ultérieure d'une fausse articulation, ou d'une ankylose fibreuse. Je ne crois pas bien nécessaire de dire que, toujours en pareils cas, les drains devront être laissés très longtemps en place, que les injections antiseptiques, détersives, poussées par les drains, devront être prolongées pendant un temps très long, et que des fistules peuvent persister, se fermer, et se rouvrir à plusieurs reprises.

§ 1. — Arthrite tuberculeuse de la hanche (coxalgie).

Coxalgie. — *Arthrite tuberculeuse de la hanche.* — Le mot *coxalgie* a servi pendant longtemps à désigner des affections fort différentes, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique ; c'est ainsi que l'on englobait sous la même dénomination générique l'arthrite rhumatismale, la contracture hystérique des muscles de la hanche et la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale ; pour les chirurgiens de l'époque, ces trois affections étaient des coxalgies puisqu'elles s'accompagnaient de douleurs dans la région de la hanche. Il y avait là évidemment une confusion regrettable, car, quel lien de parenté pouvait-on établir entre la coxalgie hystérique, par exemple, et la coxalgie tuberculeuse ! Aussi, de nos jours, tend-on à abandonner le mot coxalgie comme étant trop vague, et c'est à peine si on le conserve pour désigner cette affection de la hanche si bien décrite par Brodie, la coxalgie hystérique.

Quoi qu'il en soit, nous ne décrirons ici sous le nom de coxalgie que la tumeur blanche ou, pour être plus précis, l'arthrite tuberculeuse de la hanche.

Exceptionnelle chez le vieillard, moins rare chez l'adulte qu'on ne semble l'admettre en général, l'arthrite tuberculeuse de la hanche s'observe plus spécialement dans l'enfance ; son maximum de fréquence

(Lannelongue) serait de cinq à dix ou douze ans. On s'est demandé si la coxalgie pouvait être congénitale : malgré les observations d'arthrites congénitales suppurées de la hanche publiées par Broca, Verneuil, le professeur Lannelongue est peu disposé à admettre l'existence de l'arthrite tuberculeuse chez le fœtus et le nouveau-né.

Cette maladie atteint à peu près également les deux sexes.

Quant à la cause essentielle de l'affection, elle n'est plus discutable aujourd'hui ; on sait d'une façon certaine qu'à la hanche comme partout ailleurs, c'est un agent infectieux, le bacille de Koch, qui détermine la formation des foyers tuberculeux ; mais il faut ajouter que ce bacille évoluera d'autant plus facilement qu'il trouvera des conditions plus favorables à son développement. Cet aphorisme presque banal nous amène à passer en revue les nombreuses causes prédisposantes et déterminantes sur lesquelles on a tant insisté autrefois et qui sont, en somme, en parfait accord avec les théories microbiennes de la tuberculose.

La misère physiologique, produite par une nourriture insuffisante, par l'habitation dans des chambres humides, mal aérées, mal éclairées, est un facteur important, souvent invoqué, et qui expliquerait la fréquence de la coxalgie dans la classe pauvre, et cependant cette affection n'est pas rare dans la classe aisée.

Le tempérament lymphatique, les fièvres éruptives ont aussi été incriminés. Lannelongue nous dit qu'il n'est pas rare de voir l'apparition des premiers symptômes de la coxalgie après la terminaison de la rougeole ; on a accusé également le rhumatisme, la syphilis, etc.

Enfin, Barwell attribue une certaine influence au phimosis et à l'onanisme.

Ces différentes causes ont leur importance : ce n'est pas qu'elles puissent donner naissance à la coxalgie, ni créer de toutes pièces le bacille de Koch, mais en affaiblissant les sujets elles les placent dans des conditions d'infériorité très marquées et créent un milieu favorable à l'évolution d'un germe pathogène.

Un mot encore sur l'influence du traumatisme dans la production de la coxalgie : cette question, déjà traitée d'une façon générale dans le tome I, ne saurait nous arrêter longtemps ; qu'il me suffise de dire qu'à la hanche, comme dans les autres articulations, l'expérience de Max Schüller reste vraie et que le traumatisme agit ici en révélant l'affection déjà existante chez l'individu et en créant l'auto-inoculation.

Les lésions de la coxalgie sont très variables suivant l'époque à laquelle on les considère ; aussi faut-il, pour mettre un peu d'ordre dans cette question si complexe, adopter le plan suivant : 1° quelles sont les lésions que l'on trouve à l'autopsie d'un cas type très avancé ; 2° quel est le point de départ des lésions ; 3° quelle marche ces lésions vont-elles suivre pour arriver aux désordres des cas types ?

A l'autopsie d'une vieille coxalgie avec désordres graves, on constate tout d'abord, à la simple inspection, que le membre présente une forme particulière ; la cuisse en effet est renflée en gigot à son extrémité supérieure ; la peau de la région, luisante, amincie, présente par places des fistules laissant écouler un liquide sanieux.

A la coupe, on constate des altérations de tous les tissus de la région : la peau est plus ou moins décollée au pourtour des fistules, des trajets irréguliers font communiquer ces fistules avec l'articulation ; on trouve autour de la hanche de véritables abcès désignés, d'après leur situation, sous les noms de fémoraux, fessiers, iliaques, pelviens ; les muscles sont atrophiés, fibreux, soudés pour ainsi dire les uns aux autres ; l'artère fémorale offre quelquefois une diminution de calibre, et la veine est souvent obstruée par un caillot, lésion qui se traduit cliniquement par l'existence d'une phlegmatia alba dolens. Poulet a constaté des lésions de névrite dans les filets nerveux péri-articulaires. Les ganglions de l'aîne le plus souvent altérés retentissent pathologiquement sur les ganglions iliaques, et l'on trouve alors une chaîne ininterrompue, allant de la région inguinale jusque dans la fosse iliaque interne : quelquefois la lésion consiste en une simple prolifération, d'autres fois on trouve des tubercules dans l'épaisseur des ganglions, d'autres fois enfin ces ganglions sont transformés en vastes foyers purulents, véritables abcès froids ganglionnaires. Lannelongue a signalé des granulations tuberculeuses sur le péritoine de la fosse iliaque interne en rapport avec des ganglions caséux.

Du côté de l'articulation les lésions offrent un plus grand intérêt : la cavité articulaire remplie de fongosités contient un liquide vineux, avec grumeaux et parcelles osseuses. La capsule et la synoviale sont méconnaissables, transformées en un tissu de fongosités et enserrées dans un tissu lardacé qui les relie d'une façon intime aux parties voisines.

Du côté des extrémités osseuses les lésions sont très accentuées : la tête fémorale est déformée, atrophiée ; le cartilage diarthrodial en grande partie détruit ; quelquefois la tête et même le col ont disparu ; dans certains cas un volumineux séquestre est trouvé libre dans l'intérieur de l'articulation. L'os coxal présente lui aussi des lésions destructives, mais, ainsi que le fait remarquer Lannelongue, l'aspect général diffère pour les deux cas : le fémur est plus ou moins réduit dans ses dimensions, tandis que la cavité cotyloïde est élargie ; en effet, l'ulcération du bord supérieur du cotyle semble reportée du rebord cotyloïdien vers la crête iliaque ; quelquefois le cotyle perforé communique avec le bassin.

Outre ces lésions locales, on trouve des lésions à distance : l'os iliaque, la diaphyse fémorale, les os de la jambe, peuvent être infiltrés de granulations tuberculeuses. En outre tout le squelette du membre

inférieur est le siège de troubles nutritifs consistant en raréfaction du tissu spongieux, et diminution d'épaisseur du tissu compact, altérations qui diminuent considérablement la résistance de ces os. Ces troubles nutritifs, de même que l'atrophie musculaire, seraient dus à une lésion des cornes antérieures de la moelle consécutive à la névrite que nous avons déjà signalée.

Il va sans dire que l'on trouvera souvent des lésions viscérales telles que dégénérescence graisseuse ou amyloïde du foie, des reins, de la tuberculose pulmonaire, de la méningite tuberculeuse; ou bien encore d'autres lésions tuberculeuses du côté de la peau, des ganglions, des autres articulations.

Pour certains auteurs, les lésions de la coxalgie débuteraient par la synoviale, et c'est à cette forme qu'ils donnent le nom d'arthro-synovite; pour Lannelongue la coxalgie est primitivement osseuse, abstraction faite, bien entendu, des cas dans lesquels la tuberculose coxo-fémorale est consécutive à un abcès froid péri-articulaire ou à une tuberculose des ganglions inguinaux. Dans ces cas la lésion se propage, en effet, directement de l'extérieur à l'intérieur, attaquant d'abord la capsule et la synoviale.

Même discussion pour savoir si la lésion débute de préférence par l'une ou l'autre des extrémités articulaires; pour Lannelongue elle débiterait par le fémur, pour d'autres par le cotyle; Cazin et son élève Dhourdin parlent même d'une forme qui débiterait par la face interne du cotyle au niveau du périoste post-acétabulaire, c'est-à-dire sous le muscle obturateur interne: c'est la forme dite cotyloïdienne.

Que la lésion initiale siège sur le fémur, et c'est le plus souvent au niveau de la tête ou du col, qu'elle siège sur l'os coxal, au voisinage du cartilage en Y ou dans l'épaisseur du rebord cotyloïdien, on trouve, suivant l'époque, soit des granulations, soit une tache jaune, soit un groupe tuberculeux.

Le foyer tuberculeux une fois constitué va s'étendre et attaquer les différentes parties de l'articulation. Du côté des os, la marche destructive est surtout accentuée en certains points spéciaux, ce que l'on explique de la façon suivante: par suite de la contraction musculaire, l'articulation prend une attitude fixe; il en résulte qu'une partie de la tête fémorale se trouve en contact immédiat pendant un temps plus ou moins long, avec une partie correspondante du cotyle, et cette pression continue détermine du côté des os un aplatissement, une destruction qui s'accroît de jour en jour; c'est à ce processus que Volkmann a donné le nom de *décubitus ulcéreux*, auquel Lannelongue a substitué celui d'*ulcération compressive*. Or, les portions des surfaces osseuses en contact sont la partie supéro-externe de la tête fémorale et la partie postéro-externe et supérieure du cotyle; aussi est-ce bien au niveau de ces parties que les altérations ont le plus de tendance à s'accroître.

Nous ne suivrons pas en détail la marche destructive des lésions osseuses qui peuvent aboutir, nous l'avons déjà dit, à la disparition de la tête fémorale et à l'affaissement de la cavité cotyloïde.

La marche des lésions dans la synoviale et la capsule ne présente rien de particulier; comme dans toutes les arthrites tuberculeuses, la synoviale d'abord injectée, épaissie, est ensuite envahie par les produits tuberculeux venant de l'os, et se recouvre de fongosités qui finissent par se substituer à la synoviale détruite. La capsule atteinte à son tour est perforée et plus ou moins détruite.

La coxalgie débute d'une façon lente et insidieuse; le plus souvent ce sont les troubles de la marche qui ouvrent la scène: l'enfant ne peut faire une course un peu longue sans se fatiguer, il traîne la jambe, refuse de marcher et demande à être porté; ces troubles, accentués surtout à la fin de la journée, ont disparu après le repos de la nuit. Quelquefois même ils disparaissent complètement pendant un certain temps, mais le mal revient avec plus d'intensité et finit par s'installer d'une façon définitive. La démarche présente un caractère particulier, le bruit de la marche se compose de deux sons alternatifs et différents dus à ce que le malade n'appuie pas les deux membres sur le sol avec la même force, c'est le signe du *maquignon* que l'on perçoit surtout en écoutant le rythme de la marche sans regarder le malade.

A la claudication se joint bientôt le phénomène douleur, qui peut être spontanée ou provoquée. Spontanée elle siège soit dans la région de la hanche, soit à distance au niveau du pied, du mollet et surtout au niveau du genou (gonalgie); quelquefois même, la gonalgie existe seule au début, ce qui peut être cause d'erreurs de diagnostic. De nombreuses théories ont été invoquées pour expliquer ces douleurs à distance, phénomène réflexe (Duplay), propagation de l'ostéite le long du canal médullaire (Richet), névrite (Poulet). Quant à la douleur provoquée, on la déterminera en avant, par la pression en dedans des vaisseaux fémoraux, en arrière dans la gouttière rétro-trochantérienne, ou bien encore en repoussant le fémur de bas en haut contre la cavité cotyloïde.

Rappelons que dans quelques cas le toucher rectal permettra de déterminer de la douleur par la pression sur la face interne du cotyle.

La claudication et la douleur sont les deux symptômes les plus importants de la période de début; mais il en est d'autres qui sont la contracture, l'atrophie musculaire et l'engorgement ganglionnaire.

La contracture des muscles péri-articulaires se reconnaît aisément par l'exploration des mouvements de l'articulation: cherche-t-on à fléchir la cuisse sur le bassin, on constate en effet qu'il se produit un mouvement de flexion de la cuisse, mais si l'on a eu la précaution de mettre un doigt sur l'épine iliaque antéro-supérieure, on s'aperçoit que le bassin se déplace et suit le mouvement de la cuisse; vient-on à fixer