

plique un plâtre prenant le tronc, le bassin et le membre inférieur gauche, le pied étant maintenu en bonne position.

En février 1911, la malade part pour la mer. En mai 1911, elle revient à la Charité, salle Damaschino, où on lui met un nouvel appareil plâtré.

Le 15 juin 1911, la *radiographie* de la hanche gauche montre la tête fémorale en place et l'absence de toute lésion osseuse évidente. Le col du fémur est normal.

A cette époque notre attention est attirée par l'attitude du pied qui, normale jusque là, se met en extension croissante, en équinisme très accentué. La mobilisation du pied est impossible en raison de la raideur musculaire et de la douleur accusée par la malade. On met un appareil plâtré sous chloroforme. Dès le début de l'anesthésie, le pied se met spontanément en bonne position et on peut lui faire accomplir des mouvements de flexion et d'extension.

Etat actuel :

La *hanche gauche*, à la vue, est en adduction, rotation interne et flexion. Il y a élévation du bassin de ce côté, d'où raccourcissement apparent, mais la mensuration montre que la longueur réelle est égale des deux côtés. *L'anesthésie chloroformique fait disparaître cette attitude du membre.* La racine de la cuisse est un peu œdématiée.

La *palpation* révèle une douleur au niveau de la face externe du grand trochanter et dans le triangle de Scarpa.

La douleur est profonde et surtout réveillée par le choc du pied ou quand on tape sur le genou pour pousser la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, ou encore lorsqu'on essaye d'imprimer au membre des mouvements de rotation et d'adduction. Par contre la palpation superficielle n'est pas douloureuse. Ce fait qui semblerait en contradiction avec notre hypothèse d'arthropathie névropathique nous semble dû, dans le cas particulier, à ce que la malade a déjà beaucoup fréquenté les hôpitaux, et dans ces pérégrin-