

que le médecin ne peut presque jamais constater scientifiquement. On se bornera donc à une approximation probable d'après le volume de l'utérus (V. GROSSESSE). Ne pas confondre état de *Gestation* avec état de *Rétention*.

d) *Durée de la grossesse*. — Au point de vue légal, cette question, qui se pose à propos des naissances dites précoces et tardives, est résolue par les articles suivants du Code civil :

Article 312 du Code civil. — L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. Néanmoins celui-ci pourra désavouer l'enfant s'il prouve que pendant le temps qui a couru depuis le trois centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était soit pour cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

Article 314 du Code civil. — L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance et si cet acte est signé de lui ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Article 315 du Code civil. — La légitimité de l'enfant trois cents jours après la dissolution du mariage pourra être contestée.

e) *Mort subite pendant la grossesse*. — L'autopsie seule permettra de reconnaître — et pas toujours — la cause de la mort. En mettant à part les causes banales de mort subite ou rapide, il faut signaler : l'hépatotoxémie, les ruptures cataclysmiques de grossesse ectopique (V. GROSSESSE ECTOPIQUE), et enfin les morts par inhibition à la suite de traumatisme même léger du col utérin (injection vaginale) dont quelques exemples, avec autopsie démontrant l'absence de toute lésion macroscopique, ont été publiés. A. PINARD et A. COUVELAIRE.

H

HALLUCINATIONS. — Depuis Esquirol et Falret, l'hallucination se définit « une perception sans objet ». Cette définition la distingue de l'*illusion* avec laquelle elle coexiste fréquemment et qui est l'aperception inexacte d'un objet réel. L'hallucination, c'est l'apparition du roi ; l'illusion c'est le nuage où Hamlet montre à Polonius une baleine, un chameau, une belette. Cependant la distinction des deux phénomènes n'est pas toujours évidente et nombre d'auteurs ne les séparent pas dans leurs descriptions, comme nous le ferons pour la commodité de l'exposé. Il est certain que, dans les cas limites, il est souvent difficile de les différencier.

Le mécanisme de l'hallucination est complètement inconnu ; on ne l'explique que par des hypothèses. L'hallucination pourrait être d'origine soit centrale, soit périphérique. A l'excitation (en prenant ce terme dans son sens le plus large) des centres, à la mise en train de leur activité serait due l'hallucination proprement dite ; celle qui a pour origine une irritation périphérique est déjà l'interprétation d'une sensation et se rapproche de l'illusion ; on trouve un phénomène non sans analogie avec cette dernière catégorie dans les phosphènes qu'on obtient par une simple pression sur le globe oculaire. Il est à noter d'ailleurs que les hallucinations n'impliquent nullement une lésion constatable du sens correspondant, et d'autre part la perte d'un sens n'exclut nullement les hallucinations de ce sens (hallucinations visuelles des aveugles, auditives des sourds). Ces derniers cas, tout en n'étant pas rares, sont une infime minorité des psychoses hallucinatoires, et rentrent apparemment dans les hallucinations d'origine périphérique. Les hallucinations qui sont rapportées aux viscères sont à rapprocher aussi de celles-ci, et l'interprétation de sensations réellement perçues y joue un rôle parfois certain (exemple classique : un aliéné, atteint de cancer de l'intestin, entend tout un concile dans son ventre). (V. CÉNESTHÉSIE).

Au point de vue sémiologique, on décrit des *hallucinations de chaque sens*, des *hallucinations de la sensibilité générale* ou *cénesthésiques*, et des *hallucinations psychiques*. Pour chaque catégorie, on distinguera les *hallucinations élémentaires* et les *hallucinations complexes*, qui se définissent par leur nom même. On admet aussi des *hallucinations réflexes*.

L'hallucination de la vue est la première à étudier par le fait de sa simplicité, de la possibilité de la reproduire expérimentalement et de son existence consciente chez des individus non délirants. Le type le plus commun de l'hallucination chez l'individu non aliéné est l'*hallucination hypnagogique* ; elle consiste en une apparition survenant au moment du sommeil ; dans la règle elle est absolument stéréotypée : c'est la vision d'un être fantastique, de têtes, d'un visage familier ; le patient la reconnaît comme hallucination, comme on recon-

nait le rêve; elle est instantanée ou du moins extrêmement courte, immobile ou mobile, en général assez flou. Elle s'accompagne d'un sentiment d'angoisse. Elle se produit rarement d'une façon isolée, elle se répète en général, et peut être même quotidienne. C'est là souvent un symptôme pénible. Remarquons qu'une hallucination très semblable se rencontre dans l'épilepsie comme *aura comitiale*; par exemple, le malade voit un être fantastique, une lueur rouge, etc., et tombe en attaque. Les terreurs nocturnes des enfants ne seraient-elles pas en partie dues à un phénomène analogue? Ces rapprochements ne sauraient évidemment être faits que sous toutes réserves. L'hallucination hypnagogique joue-t-elle un certain rôle dans le développement de délires? Je ne sais pas qu'on l'ait dépistée bien spécialement chez les aliénés, sauf dans l'alcoolisme; pour notre part, nous ne l'avons rencontrée qu'une fois, indépendante de la maladie mentale, et antérieure à elle.

Très proche parente est l'*hallucination spéculaire*, c'est-à-dire celle dans laquelle le patient voit son sosie. Elle a été décrite d'une façon saisissante, avec quelques exagérations apparemment (le jeune enfant vêtu de noir), par Musset, chez qui elle semble avoir pris la forme obsédante. Comme l'hallucination hypnagogique, elle est rapide, transitoire, et est reconnue comme irréalité, quoiqu'avec sentiment d'angoisse.

Il existe encore quelques observations d'hallucinations de la vue, conscientes chez des individus non délirants. D'une extrême rareté, ces faits ne sont pas non plus sans exagération littéraire.

Ce sont surtout les *intoxications*, et les plus diverses, qui donnent naissance aux hallucinations visuelles. Le type en est celles de l'alcoolisme avec leurs spectacles mouvants et terribles; c'est dans l'alcoolisme que l'on touche du doigt les rapports du rêve et de l'hallucination; car là, le début se fait bien réellement par les cauchemars effrayants où se succèdent les animaux morts, les têtes coupées, les squelettes qui se représentent ensuite dans les hallucinations du délire alcoolique. Leur caractère pénible est presque pathognomonique. (V. ALCOOLISME, DELIRIUM TREMENS.)

Les hallucinations des intoxications par les alcaloïdes végétaux sont d'une richesse aussi grande; il suffit de citer les rêves des fumeurs d'opium (remarquer le terme de *rêve* employé ici classiquement), les hallucinations des haschischins, celles de l'empoisonnement par l'atropine et alcaloïdes voisins. *Chez tout individu ayant un délire hallucinatoire à prédominances visuelles, on doit songer à une intoxication.*

Ce n'est pas à dire que l'hallucination visuelle soit le propre de tels délires, car elle est quasiment universelle; on en voit même le type simple dans la vulgaire *carphologie* des délirants fébriles (v. c. m.).

Les auto-intoxications peuvent s'accompagner d'hallucinations de la vue, et l'on a décrit par exemple un *delirium urémique*, rare d'ailleurs.

Bien singulières sont les *hallucinations visuelles des aveugles*; on a mal départagé jusqu'ici celles d'origine périphérique et celles d'origine centrale, qui prêteraient cependant à des différenciations intéressantes. Elles sont d'ordinaire extraordinairement riches et mouvantes, et non pénibles. Ce sont des masses d'hommes, des foules, des armées, qui défilent devant le regard aveugle.

Plus curieuses encore, les hallucinations qui n'occupent que la portion

aveugle du champ visuel chez les hémianopsiques (Lamy); elles sont immobiles, stéréotypées; de semblables hallucinations se retrouvent aussi chez certains amaurotiques dans des conditions encore mal définies (amauroses par tumeurs cérébrales et cérébelleuses).

Nous avons cité à l'instant les auras visuelles des épileptiques; les hystériques présentent aussi des crises hallucinatoires; la période passionnelle peut être uniquement hallucinatoire visuelle; d'autres hystériques en dehors des crises ont des délires fantastiques où se déroulent des tableaux sans fin. (V. HYSTÉRIE.)

Les hallucinations de l'ouïe sont, en aliénation mentale, d'une fréquence

égale à celles de la vue; elles se combinent souvent avec celles-ci, principalement dans les intoxications. Les hallucinations élémentaires ont un caractère musical ou non. Ce sont des tintements, des sons de cloches (le type s'en trouve dans ces sons de cloches du début de la narcose chloroformique, que chacun connaît), des bruits vagues, un murmure, puis apparaissent de brèves interpellations, des injures. Il est accoutumé que l'hallucination auditive débute par des hallucinations élémentaires dans les affections mentales destinées à une évolution chronique, et leur développement paraît souvent lié autant à des interprétations surajoutées qu'à leur propre perfectionnement.

Les hallucinations complexes sont entendues comme des voix venant du dehors, paraissant sortir du plafond, du mur, du parquet, ou de quelque objet voisin; tantôt elles sont très proches, tantôt très éloignées; ce sont des voix chuchotées ou très distinctes au contraire, le malade entend la voix d'une ou de plusieurs personnes colloquant entre elles ou avec lui; ou encore répétant sa pensée (*écho de la pensée*) ou la lui dictant.

L'halluciné de l'ouïe a une allure très typique, l'air attentif, quelquefois souriant, plus souvent inquiet ou irrité, il prête, muet, l'oreille à ses voix ou converse avec elles (fig. 88); d'autres les fuient au contraire et se bouchent les oreilles pour y échapper; certains de ces malades sont dans un état d'excitation permanente. Les hallucinations sont le plus souvent incessantes. Il arrive qu'elles ne surgissent qu'à l'occasion de quelque bruit extérieur, une voiture qui passe, le tic-tac de la pendule, le roulement d'un train.

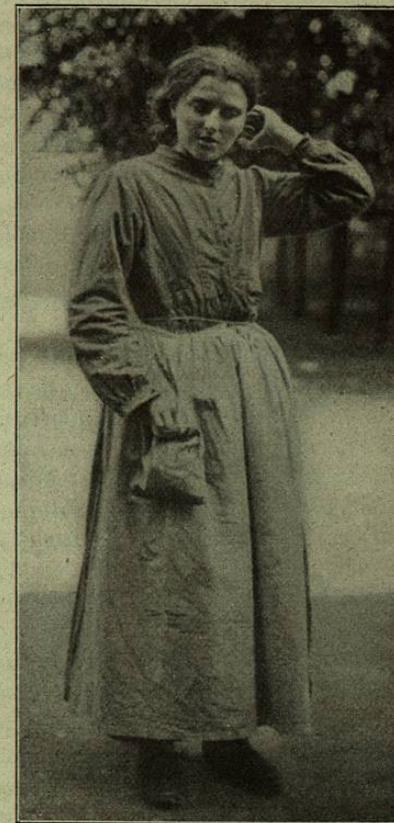


Fig. 88. — Excitation avec hallucinations intenses de l'ouïe. Confusion dans les idées.

C'est dans les délires systématisés que les hallucinations de l'ouïe se montrent dans toute leur ampleur ; elles sont même le symptôme prédominant pendant une période parfois longue de la maladie (V. DÉLIRE SYSTÉMATISÉ). Elles y sont habituellement accompagnées d'hallucinations des autres sens et de la sensibilité générale et génitale à l'exclusion des hallucinations de la vue. Elles y prennent un caractère d'intensité et de précision extrême au point de commander entièrement les actions des malades : dans certains cas elles méritent le nom d'*hallucinations impératives*, sous l'influence desquelles ces malades commettent souvent des agressions contre les individus désignés par le délire ; ou elles imposent au délirant sa personnalité nouvelle. Ces hallucinations impératives se retrouvent d'ailleurs dans d'autres formes mentales, se rapprochant de l'obsession (obsession hallucinatoire). La teneur des hallucinations de l'ouïe est différente suivant l'affection mentale où elles apparaissent : dans la mélancolie elles sont menaçantes, accusatrices, et ces accusations sont acceptées, ces menaces sont reconnues comme motivées ; dans les délires systématisés elles provoquent, au contraire, des réactions parfois violentes de la part des malades. Dans des cas rares, les hallucinations de l'ouïe sont unilatérales, dédoublées, antagonistes. Ces divers termes désignent des symptômes très voisins : le fait de n'avoir d'hallucinations que d'un côté, celui d'avoir des hallucinations différentes des deux côtés qui parfois se combattent ; les deux états peuvent se succéder. Ces cas sont rares, et leur pathogénie est loin d'être élucidée.

Les *hallucinations du goût* jouent un rôle particulièrement important dans le développement des idées de persécution, elles suscitent des idées d'empoisonnement, des refus de nourriture. Elles sont par leur nature même en général très élémentaires, très monotones, c'est toujours quelque goût de brûlé, de poison, de matières fécales, un goût fade ou âcre, etc. ; elles sont particulièrement pénibles chez les alcooliques, les persécutés systématisés.

Les *hallucinations de l'odorat* ont des caractères analogues et se constatent dans les mêmes cas : c'est l'odeur de fumée, de brûlé, de soufre, ou quelque chose d'approchant. Comme celles du goût, elles restent très élémentaires et ont un caractère pénible.

L'*hallucination tactile*, quoique existant parfois à l'état pur, se confond habituellement avec les hallucinations de la sensibilité générale et du sens génital. A l'état élémentaire c'est une sensation de contact, une horripilation, des fourmillements, se compliquant facilement d'interprétations délirantes ; c'est un fluide, l'électricité, les rayons X qui donnent lieu à des sensations que les malades expriment plus fréquemment que tout autres par des néologismes. Elles coïncident rarement avec des troubles objectifs de la sensibilité, sauf chez les hystériques où, au contraire, les plaques d'anesthésie en sont parfois le point de départ. Dans certaines conditions le siège en est sous-cutané, entre cuir et chair si l'on peut dire ; le type le plus remarquable s'en rencontrerait dans la cocaïnomanie, parfois aussi dans l'alcoolisme. Des mutilations volontaires et aussi des réactions violentes, suicides et homicides, peuvent être la conséquence de toute hallucination de nature sensitive. Une mention spéciale, à ce point de vue, est à faire des *hallucinations génitales*. Celles-ci sont d'une extrême fréquence et nulles ne sont plus accompagnées d'interprétations délirantes.

Elles eurent une floraison particulièrement riche au moyen âge chez les possédées, les sorcières incubes et succubes (V. DÉMONOMANIE). Elles se rencontrent chez les délirants systématisés. Chez les mystiques elles peuvent atteindre une intensité extrême (sainte Thérèse).

La *sensibilité générale et viscérale* est affectée dans la plupart des cas de délires systématisés (v. c. m.). L'intensité des hallucinations de ce genre est des plus variables ; elles vont de la simple fatigue du neurasthénique aux sensations anormales de l'hypocondriaque, sensations qui atteignent chez les persécutés les modes les plus étranges, préparant les transformations de la personnalité ; elles s'accompagnent généralement d'interprétations délirantes qui, dans les récits de malades, s'intriquent intimement avec elles. Elles sont parfois le point de départ d'idées de possession, de négation.

Les *hallucinations du sens musculaire* se rattachent intimement aux hallucinations cénesthésiques, se confondent même avec elles ; elles se traduisent par des fausses sensations de déplacement, de transport, soit partielles, soit de tout le corps ; dans ce dernier cas, on peut se demander s'il ne s'agit pas, non de véritables hallucinations musculaires, mais de troubles ayant leur origine réelle dans les organes de l'équilibre. On en retrouve le type dans la sensation de chute, de planement que chacun peut avoir éprouvé dans le rêve ; il semble même que, chez les aliénés qui accusent de semblables symptômes, il n'y ait là que des souvenirs de rêves.

Les *hallucinations psycho-motrices* forment une classe à part ; on désigne sous ce nom le phénomène par lequel le malade entend comme partant non point de l'extérieur, mais de son organisme même, les sons hallucinatoires. Il les localise, non dans ses organes auditifs, mais dans sa tête, sa bouche, sa poitrine, son abdomen (fig. 89). Il ne les extériorise pas. On peut conserver l'ancien terme d'*hallucination psychique*, imposé par Baillarger à tous les faits de cet ordre, pour désigner ceux dans lesquels il n'existe qu'une image tonale ainsi localisée ; les *hallucinations psycho-motrices* (Séglas) seraient alors celles dans lesquelles ce phénomène s'accompagnerait de symptômes verbaux-moteurs. A l'heure actuelle, on a tendance à confondre ces deux espèces, et de fait elles coexistent souvent.

La teneur des hallucinations psychiques est identique aux hallucinations auditives vulgaires ; mais, plus fréquemment peut-être, elles affectent le mode de colloques entre le patient et son hallucination.

Souvent elles se présentent sous la forme bien spéciale, dont il a déjà été question plus haut, dénommée par les malades mêmes, *écho de la pensée* : le



Fig. 89. — Attitude d'une malade ayant des hallucinations psycho-motrices. Elle presse des deux mains son abdomen d'où partent les hallucinations.

phénomène se présente sous deux formes, soit que la pensée du malade soit répétée par l'hallucination, soit que celle-ci lui paraisse la précéder, la deviner. On conçoit facilement les troubles intenses et les réactions qui peuvent accompagner de semblables symptômes; parfois cependant les malades se bornent à s'en étonner, quelques-uns s'en glorifient, trouvant là un indice de supériorité mentale (prophétisme). Suivant les cas, les malades les manifestent de la façon la plus évidente dans leurs gestes et leurs discours (fig. 90); ou au contraire tout à fait réticents, ne les laissant deviner que par leur attitude et un marmotement perpétuel. Ils expriment leurs sensations d'une façon pittoresque: cela leur parle dans les dents, dans la tête, cela fait marcher la langue malgré soi; ou bien ils les attribuent à des puissances occultes: c'est Satan, c'est les

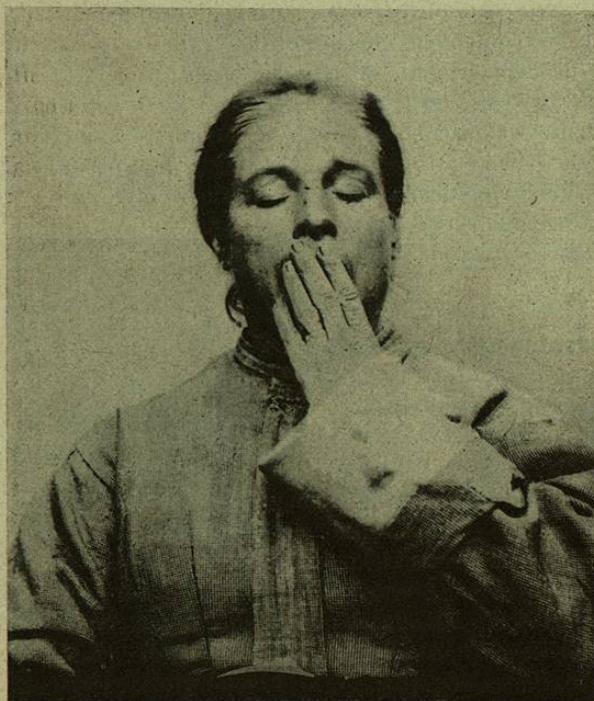


Fig. 90. — Attitude d'une malade ayant des hallucinations psycho-motrices.

broyeurs de dents, etc. Le prophétisme s'accompagne souvent d'hallucinations psychomotrices. Une formule consacrée des prophètes hébreux est textuellement: « Ainsi parla Jahvé dans ma bouche. » Les hallucinations psycho-motrices s'accompagnent parfois d'hallucinations musculaires vulgaires et de mouvements inconscients, comme certains spirites en montrent un exemple typique. Les hallucinations psycho-motrices appartiennent essentiellement aux cas chroniques; néanmoins, on ne doit pas les considérer comme un indice certain de chronicité, car elles s'observent à l'état sporadique, dans quelques hallucinoses curables. Elles ne sont pas comme on tend à l'admettre un phénomène tardif uniquement, mais aussi, et même souvent, un symptôme précoce. Elles peuvent prédominer à ce point la scène morbide que dans nombre de cas on serait tenté de distinguer une hallucinose psycho-motrice pure; parmi ces cas, de très frappants se présentent dans le jeune âge, et il est, sans nul doute à mon avis, une hébéphrénie se caractérisant principalement par le syndrome psycho-moteur.

La nature de l'hallucination psycho-motrice est certes bien spéciale. On est en droit de considérer cette hallucination comme due au fonctionnement anor-

mal de certains territoires limités de l'écorce, et, plus étroitement, des territoires de la zone motrice verbale. Les cas de paralysie générale avec hallucinations psycho-motrices, où Sérioux a trouvé des lésions localisées aux régions susdites, viennent à l'appui de cette opinion et éclairent singulièrement toute la question de l'origine des hallucinations.

mal de certains territoires limités de l'écorce, et, plus étroitement, des territoires de la zone motrice verbale. Les cas de paralysie générale avec hallucinations psycho-motrices, où Sérioux a trouvé des lésions localisées aux régions susdites, viennent à l'appui de cette opinion et éclairent singulièrement toute la question de l'origine des hallucinations.

Les *hallucinations réflexes ou combinées* sont celles qui sont produites dans un sens à la suite d'hallucinations d'un autre sens. Ces faits rares sont d'une interprétation discutable. Le phénomène connu sous le nom d'*audition colorée* en est comme la forme élémentaire. Des hallucinations de tous les sens, et en particulier de la vue, peuvent être suscitées par des hallucinations de l'ouïe; mais ce sont surtout les hallucinations psycho-motrices qui se présentent sous la forme combinée (Séglas).

Diagnostic des hallucinations. — L'existence des hallucinations est en général évidente; elle se traduit par des attitudes, des gestes, des mimiques, des discours pour le détail desquels nous renvoyons aux articles sur les diverses maladies mentales. Mais parfois les malades les cachent volontairement pour donner le change, et une observation prolongée peut seule permettre de les surprendre. D'ailleurs, chez les malades les plus réticents même, on finit toujours par les dépister. Comme nous l'avons indiqué chemin faisant, il peut être difficile de distinguer nettement parfois ce qui appartient à l'hallucination même et ce qui est le phénomène surajouté par les interprétations délirantes. Mais il n'y a là que des nuances qui n'influent guère sur le diagnostic même des affections où on les rencontre comme les délires systématisés. M. TRENEL.

HALLUX VALGUS. — L'hallux valgus est la déviation en dehors du gros orteil.

— Cette affection très fréquente s'observe plus souvent chez la femme. On signale des cas congénitaux, ils sont tout à fait rares et s'accompagnent toujours d'autres malformations. L'hallux valgus est une affection de l'adulte et du vieillard. Il semble que les individus qui marchent beaucoup y sont prédisposés.

Les lésions siègent principalement sur la tête du 1^{er} métatarsien, qui saillant en dedans n'est plus articulaire que dans sa partie externe. Il y a presque toujours torsion de cet os dont la face supérieure devient interne. Les sésamoïdes se sont déplacés, l'interne passe sur la face antérieure de la tête métatarsienne, l'externe s'enfonce comme un coin entre les deux premiers métatarsiens qui s'écartent souvent de 2 à 5 centimètres. L'articulation est le siège de lésions d'arthrites sèches. La phalange est peu modifiée, elle est seulement déplacée en dehors; le tendon inférieur (fléchisseur de l'orteil) reste dans sa gaine, tandis qu'en haut l'extenseur se luxé en dehors si bien que par sa contracture il exagère la déformation. La peau est épaissie sur la saillie métatarsienne et presque toujours il se forme un durillon au-dessous duquel est une bourse séreuse.

L'hallux valgus peut reconnaître des causes multiples. Le port de chaussures trop étroites est quelquefois incriminé et généralement sans raison. La contracture des muscles abducteurs ou la paralysie des adducteurs peut être une cause d'hallux valgus; dans tous les cas l'action de l'extenseur contribue à maintenir et à aggraver la lésion.

Le relâchement des ligaments externes ou la rétraction des ligaments internes produisent l'hallux valgus. Le rhumatisme chronique en déterminant des lé-

sions articulaires, peut être la cause d'hallux valgus. Mais il est probable que généralement la déformation est produite par une hyperostose de la partie interne de la tête métatarsienne.

Cliniquement, l'affection est des plus faciles à reconnaître. Le gros orteil se place à angle obtus ou droit sur le deuxième; il passe presque toujours au-dessous des orteils voisins, mais il peut se placer au-dessus. Au début, l'affection est indolore, mais, quand il s'est formé un durillon, les douleurs peuvent être très vives sous l'influence de chaussures trop étroites ou dans certaines conditions climatériques.

L'affection est généralement symétrique, mais un côté se développe davantage. Après des années, quand le malade est trop gêné, il réclame une intervention. C'est souvent à cause de la suppuration de l'hygroma que le malade est appelé à consulter le médecin.

Traitement. — Pour prévenir la production de l'hallux valgus, il faut recommander au malade de porter des chaussures larges à talon bas. Quand la lésion est peu accentuée, on peut construire un petit appareil en gutta-percha prenant point d'appui sur le bord interne du pied et redressant l'orteil. Le traitement opératoire est la seule manière de guérir l'hallux valgus confirmé. L'intervention doit porter sur l'extrémité du 1^{er} métatarsien; on peut soit enlever un coin d'os à base interne en respectant l'articulation, soit faire une résection typique de l'extrémité articulaire. Il est toujours bon de fixer le tendon extenseur pour empêcher sa déviation en dehors.

VICTOR VEAU.

HANCHE (ARTHRITES). — V. ARTHRITES, COXALGIE, COXA VARA.

HANCHE (LUXATION CONGÉNITALE). — La luxation congénitale de la hanche, étudiée depuis longtemps par Dupuytren, Humbert (de Morlay), Pravaz, Jules Guérin, Verneuil, n'est bien connue que depuis une vingtaine d'années, quand on commença à la traiter et qu'on sut la guérir (Paci, Hoffa, Lorenz).

Étiologie. — La luxation congénitale ne s'observe guère qu'à la hanche. Sur 100 luxations congénitales il y en a 91 à la hanche (Kronlein). — D'après Lorenz il y aurait 1 luxation congénitale sur 100 filles.

Le sexe a, en effet, une importance considérable, l'affection est 7 fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Elle s'observe aussi bien à droite qu'à gauche; elle est double dans 1/3 des cas.

L'influence de l'hérédité est plus considérable que pour toutes les autres malformations. Le médecin doit examiner très minutieusement les jeunes enfants dans une famille prédisposée.

Nous sommes mal fixés sur le rôle des races. La maladie serait plus fréquente au Tyrol (Albert). Commune dans le nord de l'Italie, elle est presque inconnue dans le sud.

Pathogénie. — Le traumatisme a été invoqué pendant la grossesse (Cruveilhier) et surtout au moment de l'accouchement (J.-L. Petit, Brodhurst). Mais les luxations traumatiques au cours de l'accouchement sont très exceptionnelles et n'ont pas les caractères de la luxation congénitale. — Dupuytren et Roser incriminent sans preuve une position anormale du fœtus (flexion forcée et adduction de la cuisse).

Diverses *altérations primitives de la jointure* ont été accusées de produire la luxation congénitale: hyarthrose intra-utérine (Parise), coxalgie (Broca), ossification prématurée du cartilage en Y (Döllinger, Grawitz).

La théorie de Verneuil a joui d'une grande faveur. La luxation serait le résultat d'une *paralyse* des fessiers consécutive à une altération du système nerveux. Cette théorie explique ce fait que la luxation n'est pas effectuée à la naissance, elle s'accuse progressivement quand l'enfant tend à marcher. On lui objecte que l'examen histologique des muscles a toujours été négatif et que les vraies luxations paralytiques ont une autre allure clinique.

La luxation congénitale est un *arrêt de développement régional* (Kirmisson). Le Damany vient de montrer (1904) qu'elle tient à l'évolution phylogénétique de la cavité cotyloïde qui regarde en avant chez les animaux (situation définitive) et chez le jeune fœtus (situation transitoire). La cavité se déplace pendant la vie intra-utérine pour regarder en dehors; il s'ensuit une torsion de compensation dans le col du fémur. Si l'évolution de ces deux segments ne concorde pas il y a amorce de luxation (luxation anthropologique).

Lésions. — La luxation congénitale de la hanche se fait toujours en haut ou en arrière. Les cas de luxation antérieure pubienne ou inférieure ischiatique sont des curiosités pathologiques. La luxation supérieure (sus-cotyloïdienne) s'observe surtout chez le jeune enfant. La variété postérieure (iliaque) est la règle chez l'adolescent ou l'adulte, comme si la tête sortait par le pôle supérieur de la cavité et se déviait ensuite en arrière. En effet, la tête évolue avec l'âge: la luxation n'existe pas encore à la naissance, elle se forme dans les premières années et se transforme pendant l'adolescence.

À la naissance il n'y a pas encore de vrai déplacement, la tête est en regard de la cavité cotyloïde ou chevauche à peine sur le rebord postéro-supérieur. Cette cavité n'a pas la même profondeur, les bords sont sans relief. La tête fémorale, plus petite, n'est pas régulièrement sphérique, mais aplatie. La cavité aplatie est trop grande pour une tête petite. La capsule est peu modifiée, mais elle est plus lâche que normalement et se laisse facilement effondrer par la tête du côté de la fosse iliaque externe; le ligament rond manque rarement.

Chez l'enfant, à l'âge où on traite la maladie, les lésions sont tout autres. La tête est sortie en refoulant la capsule qui la coiffe, elle est dans la fosse iliaque externe.

La cavité cotyloïde existe encore, mais petite et moins profonde que normalement, elle commence à devenir triangulaire. Un bourrelet net limite cette cavité. Ce rebord a une grosse importance pour la réduction et le maintien de la tête réduite. Généralement il est très net en avant et en haut; il est souvent assez marqué en arrière. Au moment de la réduction il faut que la tête s'abaisse pour qu'elle dépasse ce butoir postérieur. Si le rebord est saillant la réduction est difficile, mais le maintien en bonne position est assuré.

D'autres fois, surtout dans le jeune âge, la saillie est peu marquée, la réduction peut être très facile, mais alors elle se reproduit presque fatalement.

La tête se place quelquefois au-dessus du cotyle (fait rare), elle est généralement en arrière dans la fosse iliaque externe, mais non au contact de l'os, puisqu'elle a entraîné avec elle la capsule qui la coiffe. Comme elle n'a contact que par sa face antérieure elle s'aplatit, le cartilage disparaît sur sa face posté-