

naison du bassin disparaît immédiatement ainsi que la lordose de la région lombaire ; l'enfant repose bien à plat sur le dos. Puis je porte la cuisse dans l'abduction et je remarque que l'abaissement du bassin disparaît immédiatement ; la ligne qui unit les 2 épines iliaques antéro-supérieures est perpendiculaire à l'axe médian du corps (fig. 60). Enfin je fais exécuter un mouvement de rotation en dehors à cette cuisse, et les deux épines iliaques deviennent également élevées au-dessus du plan de la table : la torsion du bassin a donc également disparu.

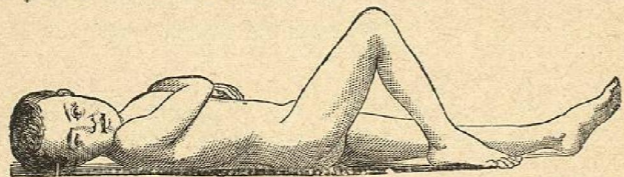


Fig. 60. — Coxalgie. Le bassin étant droit, la déviation du membre est évidente.

Ainsi, lorsque le bassin occupe une position normale par rapport au tronc, la cuisse est dans l'abduction, la flexion, et la rotation en dehors. Mais dès que je remets la jambe dans sa rectitude apparente, la mauvaise position du bassin revient immédiatement. Je fais alors exécuter à la cuisse droite les mêmes mouvements qu'à la gauche : le bassin ne bouge pas et reste dans la position anormale.

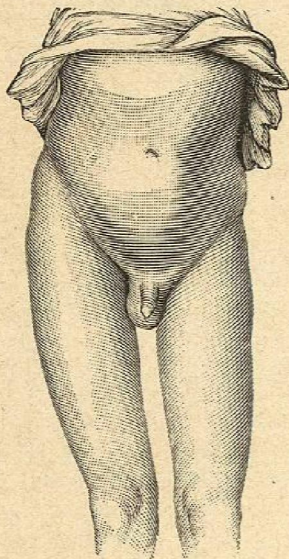


Fig. 61. — Correction apparente de l'attitude vicieuse (première période) dans la station debout.

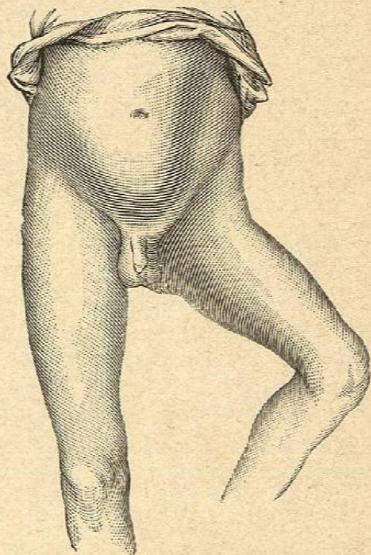


Fig. 62. — Attitude vicieuse non corrigée (première période) dans la station debout.

C'était à prévoir ; l'articulation droite est libre et mobile : la gauche ne l'est pas. Quand je fais exécuter à la cuisse gauche un mouvement quelconque, le bassin la suit ; la cuisse gauche et le bassin ne forment plus qu'un seul tout. Je ne puis donc pas dire que tout à l'heure j'ai mis la jambe gauche dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors ; mais je dois plutôt m'exprimer en disant que je lui ai fait prendre la position qu'elle aurait occupée si j'avais imprimé à

l'articulation les mouvements que nous venons de dire. Mais ces mouvements ne se passaient pas dans l'articulation gauche : celle-ci était immobile. Les mouvements étaient exécutés par le bassin autour de l'articulation droite, c'est-à-dire du côté sain. Là le bassin avait quitté son inclinaison, son abaissement et sa torsion pour reprendre sa position normale. La cuisse gauche n'agissait que comme un levier solidement fixé au bassin. Je fais alors mettre l'enfant debout, et en le regardant en arrière, je m'aperçois de l'abaissement considérable du bassin. La jambe, dans la flexion et l'abduction, ne peut parvenir à toucher le plancher ; c'est pourquoi il faut que le bassin soit abaissé. La colonne lombaire est en scoliose (fig. 63) ; et si maintenant je mets le membre dans l'abduction, l'abaissement du bassin disparaît immédiatement.

Nous avons donc constaté deux faits importants : le premier, c'est que la cuisse gauche est fixée au bassin, le second, c'est qu'elle a été fixée dans l'abduction, la flexion et la supination.

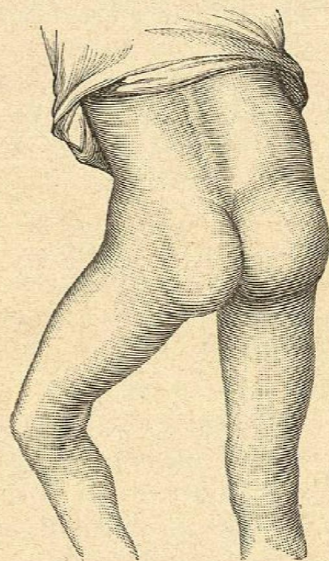


Fig. 63. — Même attitude vicieuse. Malade vu par derrière.

Comment cette fixation s'est-elle produite ? Je pose ma main gauche sur l'os iliaque, et j'exécute avec la cuisse gauche de tout petits mouvements : et je vois que ces derniers s'exécutent librement. Pour faciliter cet examen je recommande au garçon de ne pas se raidir, en lui promettant de ne pas lui faire mal. Et je m'aperçois alors que je puis faire des mouvements de plus en plus étendus sans entraîner le bassin. Je puis fléchir la cuisse gauche à un degré très avancé. Examinons maintenant les muscles qui se trouvent du côté de la flexion. Après avoir mis petit à petit et par à coups la cuisse gauche dans la flexion, je la laisse retomber brusquement dans l'extension. Au même instant les muscles se contractent, en particulier le tenseur du *fascia*