

*lata* et les adducteurs, et fixent la jambe. La fixation du membre a donc pour cause la force musculaire.

Je conclus donc que toutes les fois que la cuisse est dans l'abduction, la flexion et la supination, c'est qu'il existe une inflammation de l'articulation (coxite, coxalgie). Cette position caractérise la maladie, elle est donc pathognomonique. La fixation musculaire de la cuisse dans la position pathognomonique est le signe diagnostique de la coxite. Si maintenant j'exécute une pression en avant, en arrière ou contre le trochanter, l'enfant accuse de la douleur.

La mère nous dit alors que la maladie de son enfant s'est déclarée depuis 2 mois sans cause appréciable, et qu'au début son enfant se plaignait de *douleurs dans le genou*. Or si nous comprenons parfaitement les douleurs coxales, il nous est impossible de saisir les rapports entre les douleurs du genou et l'affection de la hanche; c'est là un fait fréquent dans la coxite, mais encore inexpliqué. Ce signe peut induire un jeune médecin en erreur. Un enfant commence à boiter sans raison apparente — la coxite s'appelait autrefois la *claudication volontaire* — et accuse une douleur dans le genou; on comprend que des débutants diagnostiquent facilement une lésion inflammatoire du genou.

D'où provient cette douleur éloignée du genou? Personne n'en a donné jusqu'à ce jour d'explication satisfaisante. Il est possible qu'elle reconnaisse plusieurs causes. On a invoqué l'action des parties molles péri-articulaires, gonflées, sur les nerfs les plus proches de l'articulation, par conséquent sur une branche du nerf obturateur ou du nerf crural; d'autres auteurs ont prétendu que la douleur était provoquée par la tension d'un grand nombre de muscles. Dans la coxalgie d'origine osseuse, on a incriminé le gonflement de toute la substance médullaire de l'os. On peut invoquer en faveur de l'action des muscles que le long adducteur est souvent douloureux au niveau de ses insertions et qu'on le trouve souvent très tendu; mais ce n'est pas là une preuve suffisante. Il en est de même pour ceux qui incriminent l'ostéite parce que l'on augmente la douleur en pressant sur la région épiphysaire inférieure.

Dans ces derniers temps, Eugène Fick a émis des idées nouvelles qui méritent toute notre attention par l'originalité des expériences qui ont été faites pour les soutenir. L'auteur en question a soutenu que les douleurs siégeaient dans la hanche, mais qu'elles étaient faussement localisées. Le fait est qu'il est arrivé à chacun de croire souffrir à tel ou tel endroit, et de ne s'être aperçu que plus tard qu'il avait faussement localisé la sensation douloureuse. Il arrive dans ce genre des choses invraisemblables! Mais on n'avait toujours pas expliqué pourquoi les douleurs étaient toujours localisées dans le genou. C'est pré-

cisément dans l'essai d'explication de ce fait qu'est l'originalité des hypothèses de Fick. Fick demanda à toute une série d'individus ne possédant aucune connaissance anatomique avec quelle articulation ils marchaient, c'est-à-dire l'articulation dans laquelle se passaient les principaux mouvements. La plupart répondirent que la marche était accomplie par les mouvements du genou. Cette réponse explique comment les douleurs de la hanche pourraient être localisées au genou; la douleur est ressentie en même temps que le malade éprouve de la peine à marcher. Enfin on peut encore invoquer en faveur de l'hypothèse de Fick que bien des enfants ressentent des douleurs encore plus loin que le genou, dans les chevilles ou au talon.

Pour empêcher que la douleur n'induisse le clinicien en erreur, je lui ferai remarquer qu'elle n'est pas le *premier* signe d'une coxalgie, et que la douleur a été précédée d'autres signes, et surtout de la diminution des mouvements de l'articulation de la hanche. C'est cette diminution des mouvements qui est le premier signe de la coxalgie. Dès le début de la maladie, le bassin suit déjà les mouvements de la cuisse au moins quand ils sont étendus.

Si nous revenons aux *signes objectifs*, nous verrons qu'un raccourcissement réel n'existe pas. Nous pouvons en conclure avec certitude que la maladie est encore récente, alors même que toute anamnèse ferait défaut, car un processus tuberculeux mène rapidement, précisément à cause de sa nature bacillaire, à une destruction rapide des parties molles et osseuses de l'articulation.

Ce caractère destructeur du processus tuberculeux, nous le constatons dans les autres articulations, parce qu'il détermine du relâchement de l'appareil ligamenteux que ces articulations subissent; dans les articulations trochléennes (dans le sens le plus large du mot), nous concluons de leur mobilité latérale que les ligaments sont détruits par des fongosités; et si à cette mobilité latérale se joint de la crépitation, nous diagnostiquons tout de suite la dégénérescence des cartilages articulaires, et le frottement de deux surfaces osseuses, *rugueuses* l'une sur l'autre. Jamais ces signes ne s'observent à la hanche; nous ne trouvons ni mobilité anormale, ni frottements articulaires. *Le fait qui nous permet de diagnostiquer le caractère destructif du processus morbide à la hanche, c'est toujours le raccourcissement réel du membre.* Nous avons déjà dit quelles pouvaient être les causes de ce raccourcissement réel; ce sont la consommation de la tête et du col, les élargissements de la cavité, la luxation inflammatoire. L'une ou l'autre de ces lésions destructives accompagne généralement la plupart des coxalgies, et il est important, dès que la coxalgie a été diagnostiquée, de faire remarquer que l'articulation est sérieusement en danger. En