

présence d'une maladie qui dure de 3 à 4 ans, et dans le cours de laquelle on peut voir survenir les plus graves complications, le médecin doit avertir l'entourage du malade dès le début. J'ai coutume de dire aux parents que dans le cas le plus favorable, l'articulation conservera une certaine raideur, et la jambe sera un peu raccourcie.

La nature destructive du processus se reconnaît donc au raccourcissement réel du membre. Mais *destructif* n'est pas nécessairement *tuberculeux*. Comment donc reconnaître la nature tuberculeuse du processus? Ainsi que nous l'avons déjà dit, il s'agit toujours de tuberculose chez les enfants. Cette remarque permet donc déjà de considérer presque toutes les coxalgies comme tuberculeuses. L'état cachectique, les commémoratifs annonçant d'autres lésions tuberculeuses telles que adénopathie, abcès froids, etc... permettront de confirmer le diagnostic quand ils existeront. *Une preuve évidente de tuberculose sera fournie quand un abcès froid se sera développé autour de l'articulation.* Presque jamais on ne constate un abcès froid sans voir en même temps un raccourcissement réel; la destruction de l'articulation est donc souvent démontrée ainsi de nature tuberculeuse.

D'après ce qui vient d'être dit sur la coxalgie, on conçoit que cette affection soit des plus variées dans ses détails. Même en ce qui concerne le symptôme le plus important, la position pathognomonique, bien des variétés peuvent être observées.

ATTITUDES. — L'immense majorité des coxalgies débutent par la position dite de l'abduction, c'est-à-dire dans la flexion, l'abduction et la supination, et la grandeur de l'angle que fait la cuisse avec le bassin dans cette position pathologique est le même que dans l'attitude physiologique moyenne. Nous avons déjà montré dans les précédentes leçons que cette position répondait à peu près à celle que Bonnet avait provoquée artificiellement dans ses recherches expérimentales, mais qu'en pratique, un bien petit nombre de cas seulement reconnaissent pour mécanisme celui que Bonnet employait dans ses expériences. Parmi les conditions indispensables aux expériences de Bonnet, nous savons que la capsule doit subir une distension maxima produisant la détorsion de ses fibres. Ce n'est que dans les cas où le processus tuberculeux débute par une exsudation abondante (hydarthrose tuberculeuse de Kœnig) que la position coxalgique pourrait avoir une cause purement mécanique. Nous pouvons parfaitement nous représenter une coxalgie s'accompagnant de cet exsudat.

On observe des cas où, dans le courant de la maladie, et surtout au début, la luxation se produit très facilement. Un léger mouvement de la jambe, comme ceux qui s'accomplissent nécessairement quand l'enfant se retourne dans son lit, suffit pour amener la luxation, et

un mouvement tout aussi léger exécuté par le médecin appelé en consultation suffit également pour la réduire. Dans ces cas-là, il est naturel de penser que la tête est séparée de la cavité par l'exsudat : elle nage pour ainsi dire dans l'articulation, et on comprend que la luxation soit d'autant plus facile que l'épanchement distend la capsule et le ligament rond. Mais ces cas sont de beaucoup les plus rares, et d'une façon générale les conditions des expériences de Bonnet ne sont pas remplies par la nature.

D'ailleurs la position pathognomonique dans l'abduction s'observe également dans les cas où il n'existe aucun épanchement. Il est facile de la prouver par ce fait que dans toutes les coxalgies récentes, la position anormale disparaît sous le chloroforme. Si sur le vivant les conditions étaient les mêmes que dans les expériences de Bonnet, la position persisterait sous le chloroforme puisqu'elle persiste sur le cadavre. Ainsi la position pathologique doit reposer sur un trouble dans l'innervation. On pourrait songer à des actions réflexes. On pourrait croire que les nerfs sensitifs de la capsule provoquent une contracture réflexe des muscles. Lorenz a montré que par une injection de cocaïne dans la cavité articulaire, la résistance musculaire se laisse vaincre, et que par de légers mouvements on parvient à corriger la position vicieuse du membre. Cependant ce fait n'est pas constant. Et surtout, on observe très souvent la position coxalgique sans que le malade accuse la moindre trace de douleur.

L'enfant marche en ayant la jambe en attitude moyenne, — en masquant autant que possible la position pathologique — et marche ainsi des semaines sans accuser la moindre douleur. N'est-on pas amené à penser à la fixation de la tête dans la tuberculose des vertèbres cervicales? Dans ces cas, on voit souvent des enfants marcher pendant des semaines avec la tête raide, et quand la tuberculose siège dans l'atlas, on voit les petits malades prendre la tête dans leurs mains pour passer de la position horizontale dans la position assise (signe de Rust), et la fixer sans qu'ils aient éprouvé la moindre douleur que la fixation de la tête eût pu éviter. Il est évident qu'il faut admettre, dans ces cas, que du siège de la lésion partent des sensations d'orientation spéciales qui se dirigent vers les centres nerveux; ces sensations, différentes des sensations douloureuses, provoquent une action musculaire que j'hésite à qualifier de réflexe parce que l'arc réflexe nous est encore inconnu. La seule chose qui puisse nous faire penser à une action réflexe, c'est l'action musculaire typique, avec production d'une attitude déterminée.

Mais dans la luxation de l'épaule, les malades tiennent leur bras dans une position déterminée, et cependant qui songerait à invoquer