

ici une attitude réflexe dans le sens propre du terme car nous ne pouvons guère croire qu'il existe dans le système nerveux central un arc réflexe spécial pour la luxation de l'épaule? On pourrait encore s'expliquer la position pathologique dans la coxalgie en soutenant que la position moyenne normale correspond à un certain équilibre des forces musculaires. Or ce qui caractérise la position moyenne, c'est (d'après les hypothèses admises) que les composantes des mouvements sont symétriques, c'est-à-dire que dans cette position les fléchisseurs agissent à peu près aussi énergiquement que les extenseurs, les adducteurs que les abducteurs, les pronateurs que les supinateurs; la fixité de l'articulation s'obtient donc le plus facilement dans cette position¹.

Quand la position pathognomonique subsiste depuis longtemps, elle ne disparaît pas sous le chloroforme. L'adduction et la supination cèdent le plus souvent au bout de longtemps encore; mais la flexion persiste ou ne disparaît qu'incomplètement. Si alors on examine la tension des muscles, on voit que ceux-ci n'offrent nulle part de résistance. Dans ces cas, il faut admettre que les modifications de texture de la capsule, du tissu cellulaire péri-articulaire et de l'aponévrose causent cette inextensibilité. Si on examine encore plus tard l'état des muscles, on voit que quelques muscles se sont rétractés; ce sont surtout le tenseur du fascia lata et le couturier, par conséquent des muscles éloignés du centre de rotation de l'articulation. Il est probable qu'ils sont le siège d'un raccourcissement trophique et que l'articulation est en quelque sorte ankylosée.

On observe souvent dans la coxalgie que les malades ressentent surtout pendant la nuit des secousses douloureuses dans les muscles. L'enfant se réveille en pleurant et cherche à immobiliser avec ses mains ses jambes tremblantes. Il est probable que dans ces cas, les

(1) Cette argumentation n'est pas irréfutable et il est bien probable, au contraire, que la contraction musculaire intervient, instinctivement, pour immobiliser une jointure dont les mouvements sont sinon franchement douloureux, au moins sensibles. Par la pression localisée sur les points où se réfléchit la synoviale sur le col en arrière et surtout en avant, juste en dehors de l'artère fémorale, on constate qu'en effet toute coxo-tuberculose en activité s'accompagne d'une sensibilité anormale, même quand au premier abord les mouvements paraissent indolents. Il ne semble donc pas utile d'invoquer une sensation spéciale et un réflexe spécial. Quant à la comparaison avec les attitudes de la luxation de l'épaule, elle est vicieuse, car cette attitude tient avant tout à des conditions mécaniques spéciales (contacts osseux, restes de la capsule) et elle n'est nullement produite par action musculaire: les muscles n'interviennent, par réflexe mis en jeu par la douleur, que pour rendre cette attitude relativement fixe. La preuve en est que sous le chloroforme la déviation persiste: mais le relâchement musculaire permet aux manœuvres de réduction de devenir efficaces. (A. B.)

muscles fixateurs s'endorment, le membre tombe dans une position différente, et une pression ou une traction quelconque irrite des nerfs sensitifs de l'articulation de façon à réveiller le cerveau. Dans ces cas là, il est évident que l'immobilisation du membre est indiquée.

A ces cas, on peut opposer ceux, et ils sont nombreux, dans lesquels les enfants marchent pendant de longs mois sur leur jambe malade sans éprouver la moindre douleur. On constate quelquefois un raccourcissement très marqué du membre, et on apprend cependant que l'enfant continue d'aller à l'école. Comme cas particulièrement douloureux, je citerai ceux qui débutent par l'adduction. Les enfants se couchent dès le début sur le côté sain, font reposer sur la jambe saine celle qui est malade et tout mouvement est évité avec angoisse. Dans ces cas, le foyer infectieux doit donc se comporter d'une façon toute spéciale.

Autant les signes fonctionnels varient, ainsi que nous venons de le voir, autant varient aussi les symptômes dus aux modifications des tissus intra et péri-articulaires; c'est donc surtout le *gonflement* qui est variable. On trouve des coxalgies qui existent déjà depuis 3 ans et qui ne présentent pas trace de gonflement. On constate la position pathognomonique, de violentes douleurs, des nuits sans repos, un amaigrissement général, — mais pas de gonflement. Dans d'autres cas, les fongosités peuvent dès les premiers mois dominer la scène. La région postérieure de la cavité est plus pleine, les contours du trochanter disparaissent sous le gonflement, toute la région de l'articulation acquiert une rondeur caractéristique, la peau devient luisante — bref on a sous les yeux exactement le même tableau que dans la fongosité du coude ou du genou; le côté de l'extension s'arrondit. Ou bien on voit se former du côté de la flexion, sur une étendue de quelques largeurs de doigts, un gonflement d'abord inappréciable, puis pâteux et qui plus tard devient élastique et enfin fluctuant: c'est un abcès froid. Le volume de cet abcès peut être considérable. Si les fongosités se ramollissent en arrière, la région fessière tout entière se gonfle considérablement et s'élargit. En général la formation d'un abcès postérieur s'annonce par un raccourcissement notable du membre et son adduction. Même les abcès les plus considérables évoluent d'ordinaire sans que les enfants n'aient de fièvre. Il est vrai de dire qu'un mouvement fébrile indique la suppuration, mais la réciproque n'est pas vraie, et de vastes abcès peuvent évoluer sans fièvre.

ABCÈS. — Les abcès froids de la hanche peuvent avoir une marche fort lente. On voit quelquefois 3 ou 4 mois s'écouler sans que le volume de l'abcès ait augmenté; ce sont surtout ceux qui se forment à