

que de la position où se placent les malades, qu'il n'est jamais dû à l'écartement de la tête du fémur de la cavité cotyloïde.

Il attribue cet allongement apparent à ce que la cuisse malade est portée dans la flexion et l'abduction, ce qui fait que l'épine iliaque de ce côté semble avoir exécuté un triple mouvement d'abaissement antérieur (correspondant à la flexion), d'abaissement latéral et de projection en avant (correspondant à l'abduction).

Il trouve que ce double mouvement de flexion et d'abduction coïncide toujours avec l'habitude qu'a contractée le malade de se coucher sur le côté souffrant. Il ajoute que, dans le décubitus latéral, la cuisse de ce côté se porte naturellement dans la flexion et l'abduction.

« La différence, dit-il, qui sépare la position du malade affecté de coxalgie de celle que l'on peut simuler dans l'état de santé tient uniquement à ce que, dans le premier cas, la cuisse est maintenue avec plus ou moins de fixité dans la position qu'elle a prise, tandis que, dans le second, l'on peut à son gré faire cesser cette position. »

Quant aux causes qui maintiennent le membre dans sa position vicieuse, elles sont nombreuses; il cite la formation des tissus fibreux et lardacés autour de la capsule, les inégalités que l'ulcération donne aux surfaces, les adhérences que celles-ci peuvent contracter.

Il nie que l'accumulation du liquide dans l'articulation puisse repousser la tête du fémur du fond de la cavité, et qu'elle soit une cause d'allongement; il nie de même l'influence du gonflement du paquet cellulo-graisseux et de la tuméfaction de la tête du fémur sur ce phénomène; il doute de la réalité du gonflement des cartilages, ne croit pas que le relâchement des muscles puisse influencer sur l'allongement.

Dans la deuxième partie, l'auteur traite du raccourcissement; il admet un raccourcissement apparent et un raccourcissement réel. Le premier dépend de l'adduction combinée avec la flexion et la rotation en dedans, qui fait que l'épine iliaque du côté malade est placée plus haut et plus en arrière que celle du côté sain.

Les malades qui présentent ce phénomène sont tous couchés sur le côté sain; cette position vicieuse devient fixe par les mêmes causes que l'allongement.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer le raccourcissement réel du raccourcissement apparent, que l'allongement réel de l'allongement apparent, à cause de l'impossibilité de placer les deux membres dans une position identique.

Le raccourcissement réel peut dépendre de l'ulcération de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, d'une luxation spontanée.

Quant à la succession de l'allongement et du raccourcissement du même membre dans la coxalgie, il ne l'a jamais vue; mais il l'explique en disant que le malade, couché d'abord sur le côté malade, se couche ensuite sur le côté sain.

Dans cet historique rapide, je n'ai point eu la prétention de faire l'inventaire complet de la science; j'ai voulu seulement esquisser à grands traits la succession des découvertes principales dont elle s'est enrichie, tracer un cadre dans lequel chacun pourra facilement intercaler ce que le temps ou l'espace ne m'a pas permis de mettre en ordre, et surtout faciliter le contrôle des opinions et des faits que j'ai consignés dans ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis l'époque où Boyer¹ déclarait n'avoir connaissance d'aucune autopsie pratiquée dans les commencements de la coxalgie, la science ne s'est enrichie que d'un bien petit nombre de faits, et nous en sommes réduits encore à nous en rapporter presque autant au raisonnement qu'à l'expérience pour tracer l'histoire des altérations pathologiques que cette affection présente à son début.

¹ Boyer, *Œuvr. chirurg.*, t. IV, p. 310.