

à-dire que les épines, tout en restant dans le même plan horizontal, se portent l'une en avant de l'autre : c'est le mouvement de rotation, de torsion. On l'exécute en regardant, par exemple, par-dessus son épaule, les pieds restant immobiles. Ce même mouvement se produit lorsqu'on porte le membre inférieur dans l'adduction avec un certain degré de rotation en dedans. Or, c'est ordinairement cette attitude que prennent les coxalgiques à la dernière période de la maladie. Lorsque cette affection est mal soignée, c'est-à-dire abandonnée à elle-même, et que les malades guérissent néanmoins, ils sont, en général, ankylosés dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Ainsi donc, dans le cours de la coxalgie, le bassin subit sur son axe vertical un mouvement de rotation tel que l'une des épines iliaques est fortement portée en avant de l'autre. Au début de l'affection, la cuisse malade étant dans l'abduction et la cuisse saine dans l'adduction, c'est l'épine du côté sain qui est portée en avant. Plus tard, à l'abduction du membre malade succèdent l'adduction et la rotation en dedans : c'est alors l'épine du côté malade qui devient plus proéminente.

La substitution de l'adduction du membre malade à l'abduction produit un autre résultat facile à prévoir : le membre paraissait plus long et était plus court à la mensuration au début de la maladie, alors qu'il était dans l'abduction; par la même raison, à la fin de la maladie, le membre malade, étant dans l'adduction, paraît notablement plus court que l'autre, alors qu'il est plus long à la mensuration.

En résumé, au début de la coxalgie, le membre malade paraît allongé; à la dernière période, il paraît raccourci, sans qu'il y ait de différence réelle dans la longueur relative des deux côtés. Sans doute, il peut survenir des déplacements pathologiques, qui produisent un raccourcissement réel, mais je ne m'occupe ici que des modifications apportées dans la conformation du bassin et de la hanche par les diverses attitudes vicieuses.

Les déviations du bassin dans la coxalgie correspondent donc, en définitive, aux divers mouvements physiologiques. Le bassin est fléchi sur la cuisse (c'est la cuisse qui est fléchie sur le bassin, mais le résultat est identique au point de vue de la déformation), il éprouve un mouvement d'inclinaison latérale et un mouvement de rotation ou de torsion. Ces divers mouvements ne peuvent se produire dans le bassin sans qu'il en survienne en sens inverse, dans la colonne vertébrale, afin de rétablir le centre de gravité : à la flexion du bassin correspond l'extension des vertèbres lombaires (cambrure lombaire); à son inclinaison latérale répond une inclinaison latérale, en sens inverse, de la colonne vertébrale tout entière (courbure de compensation, scoliose lombaire); à la torsion du bassin de droite à gauche, je suppose, correspond une torsion de gauche à droite des vertèbres lombaires.

Au début de la coxalgie, ces déformations ne sont que temporaires et disparaissent complètement à l'aide d'un traitement convenable : mais, si l'on songe que cette affection est spéciale à l'enfance et à la jeunesse, époques auxquelles les os sont en voie de formation, on conçoit que les déviations se produisent rapidement et deviennent bientôt définitives. Des trois grandes déviations du bassin, la flexion est celle qui se corrige le mieux, même à une époque lointaine, parce que l'on agit avec un long bras de levier sur la tête du fémur et