

réelle et qui, immobilisant la hanche, peuvent faire croire à une raideur articulaire qui n'existe pas en réalité. Mais en procédant avec douceur et avec patience, on parviendra presque toujours à éviter l'erreur et à obtenir les renseignements désirés. En dernière ressource, on pourrait employer le chloroforme, mais ce mode d'examen sera surtout utile à une période plus avancée de la maladie, alors que la raideur articulaire est sous la dépendance des lésions déjà profondes des ligaments et des extrémités articulaires.

3. *Douleurs spontanées.*—Elles sont généralement peu vives et affectent des sièges très variés. Les sujets se plaignent de souffrir autour de la hanche, mais, plus fréquemment encore, la douleur se fait sentir dans le genou, dans le pied ou le long de la jambe. Cette douleur de médiocre intensité et ce siège loin du foyer malade sont propres à dérouter le diagnostic. Parfois, cependant la douleur est très vive, accompagnée de cris et d'agitation. Dans certains cas, elle affecte cette particularité de survenir dans la nuit, ou bien de subir à ce moment une exacerbation violente privant le malade de tout repos. On rencontre ces douleurs plus souvent chez les sujets nerveux, ainsi que Verneuil en avait le premier fait la remarque.

4. *Douleurs provoquées.*—Elles sont d'une importance capitale pour le diagnostic. Elles ne manquent jamais, à condition toutefois qu'on sache les rechercher. Pour les déceler, il faut donc procéder avec soin et méthodiquement, en interrogeant le fémur d'abord, puis l'os coxal. Pour le fémur, il faut rechercher la douleur, le membre placé d'abord dans l'extension, puis, si la chose est possible, si le malade s'y prête, dans la flexion avec adduction et rotation en dedans.

Le membre étant dans l'extension, on doit rechercher trois foyers douloureux : 1. Immédiatement au-dessous de l'arcade crural, dans le pli de l'aîne, au niveau et en dedans des vaisseaux fémoraux. On se guidera, pour préciser ce point, sur les battements de l'artère fémorale. C'est là que se trouve la tête du fémur atteinte du processus tuberculeux, et c'est sur elle que l'on pressera avec le doigt pour réveiller la douleur. Cette douleur est absolument constante. On pourrait dire que sans ce signe il n'y a pas de coxalgie ; c'est là une sorte d'axiome que vous devrez vous rappeler lorsque vous chercherez à établir le diagnostic de la coxo-tuberculose au début. 2. Un autre foyer douloureux se trouve à la face interne de la cuisse à quelques centimètres en dehors de la hanche ischio-pubienne, sur le bord des adducteurs.