

modifications de volume en largeur et en épaisseur, pour y rechercher la mobilité anormale et crépitation.

Au cours même d'une affection organique, il faut chercher également à provoquer la douleur à distance au niveau des articulations *coxo-fémorale* et *sacro-iliaque*. Pour la première exploration, servez-vous du fémur comme moyen de transmission, soit en percutant le grand trochanter avec le talon de la main, soit en refoulant en haut la cuisse par la main appliquée sur le genou fléchi, soit en passant sur le talon empaumé de la main droite, la main gauche fixant le genou en extension; dans le second cas, vous comprimerez les deux crêtes iliaques avec les mains, comme pour les rapprocher, ou vous vous efforcerez de les écarter, ou bien, faisant asseoir le malade sur un plan résistant, vous lui ordonnez de se soulever puis de retomber brusquement sur son séant.

Pratiquez maintenant le *toucher rectal*. Faites coucher le sujet sur le côté et explorez avec l'index gauche pour la hanche gauche et l'index droit pour la hanche droite. Portez tout d'abord la pulpe de l'index en haut et en dehors, sur la face interne de l'os iliaque, au niveau de la surface rétro-cotyloïdienne; vous en explorez la sensibilité, la forme, la consistance. Vous agissez de même en arrière, au niveau de la face antérieure de l'articulation sacro-iliaque. Suspçonnez-vous une collection intra-pelvienne, l'exploration bimanuelle y décelera la fluctuation et vous en donnera les limites.

III.—Examen fonctionnel.

Abordez maintenant l'examen du fonctionnement de l'article.

a) Et tout d'abord des *mouvements actifs*. Ordonnez au malade de fléchir la cuisse, de l'étendre, de la porter en dedans et en dehors, de placer la pointe du pied en rotation interne et externe. Notez le degré d'impotence et la douleur provoquée.

Faites alors lever le sujet si son état le permet, et procédez à l'étude de la *marche*. Précisez le type de la locomotion en analysant les modifications qui se produisent au tronc, au bassin et au membre inférieur. L'oscillation de celui-ci se fait-elle avec raideur? Y a-t-il croisement du genou avec celui du côté opposé? Le pied reste-t-il dans un plan parallèle à l'appui et à l'oscillation? Se pose-t-il par le talon ou par la pointe?

Appréciez aussi par l'oreille le caractère du pas. Faites marcher le malade sur le plancher. Normalement, les deux pas produisent un bruit de durée et d'intensité égales. Si, au contraire, un membre appuie à peine sur le sol, l'oreille perçoit alternativement un bruit faible et un bruit fort. Ce dernier correspond au choc du pied sain (signe du maquignon).

Si vous examinez un bébé qui ne marche pas, suspendez-le par les aisselles et faites-lui chatouiller la plante des pieds; l'enfant bien portant agite également les deux membres inférieurs. S'il y a lésion de la hanche, ou bien les deux membres sont agités, mais d'une façon inégale, ou bien l'un d'eux pend immobile complètement inerte.

b) Pour terminer votre examen, il vous reste à étudier les *mouvements passifs*.

1o Glissez la main gauche sous les lombes entre la colonne vertébrale et la table et, saisissant de la main droite la jambe au dessous du genou, faites exécuter au membre inférieur des mouvements de *flexion* et d'*extension*, en laissant fléchir le genou. Exécutez la manœuvre d'abord sur le membre sain, puis sur le membre malade. A l'état normal, le bassin n'est pas entraîné dans les mouvements de la cuisse, et la main qui est sous les lombes ne se trouve à aucun moment comprimée. Notez donc si la flexion de la cuisse amène la compression de la main interposée et si l'extension du membre entraîne, au contraire, le bassin en avant, produisant une ensellure lombaire plus ou moins prononcée.

2o. Les membres inférieurs étant étendus, fixez d'une main l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade, et faites exécuter de l'autre des mouvements d'*abduction*, d'*adduction* et de *circumduction* à la jambe gauche; puis, fixant inversement l'épine iliaque antéro-supérieure du côté sain, faites exécuter les mêmes mouvements à la jambe malade. A l'état normal, tous ces mouvements s'exécutent avec souplesse et sans entraîner le bassin. S'il y a raideur, vous sentez le bassin s'élever ou s'abaisser sous la main qui fixe l'épine iliaque opposée au côté mobilisé.

3o Saisissez le pied dans la paume de la main et, le talon étant fixé, faites exécuter au membre étendu des mouvements de *rotation*, en portant la pointe du pied en dedans et en dehors. Ce mouvement, facile à exécuter dans l'état d'intégrité de la hanche, s'accompagne d'un déplacement appréciable des épines iliaques, toutes les fois que la jointure est immobilisée par la contracture musculaire ou par une ankylose.

in *Journal des Praticiens*...

Tétanos subaigu compliqué de broncho-pneumonie : traitement sérothérapique : guérison

M. L. Martin a communiqué récemment à la *Société médicale des hôpitaux* l'observation d'un enfant de 8 ans qui, s'étant blessé avec un râteau, présenta neuf jours plus tard du trismus. On fit immédiatement des injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum antitétanique à très haute dose. La contracture ne se dissémina pas, mais, les injections étant suspendues, on vit alors les contractures envahir d'autres muscles. Les injections furent reprises, les contractures progressèrent encore, puis s'arrêtèrent. L'enfant n'eut pas de crises. Il s'agit donc là d'un tétanos subaigu dont l'évolution a été manifestement et très favorablement influencée par la sérothérapie. Au dix-septième jour de la maladie, on vit apparaître des signes de bronchite généralisée et de bronchopneumonie. On donna des bains sinapisés et le malade guérit malgré une nouvelle poussée de bronchopneumonie.