

fois lui faire exécuter des mouvements, et je n'aperçus jamais rien d'extraordinaire. Au bout d'un mois, je dis au malade de se lever; il le fit dans la journée. A la visite du lendemain, il m'annonça qu'au moment où il s'était mis debout, le membre s'était raccourci, et le pied avait tourné en dedans. J'eus peine à le croire; et de suite je fis l'examen du membre. Je trouvai, en effet, une luxation dans la fosse iliaque externe. Les élèves internes furent très-étonnés, car ils étaient certains que la luxation avait été réduite.

J'en parlai à mon collègue, qui m'avait remplacé, et qui m'assura, ainsi que l'avaient déjà fait les élèves, que la luxation avait été réduite. Je soutins avec raison, je crois, aux uns et aux autres, que si la luxation avait été réduite, elle ne se serait pas reproduite, parce qu'il est aussi difficile de reproduire une luxation que de la faire. J'essayai de la réduire avec le secours des aides; je ne le pus, et je n'ai pas été plus heureux avec les mouffes, quoique j'aie employé une force de trois cents livres, de sorte que le malade est resté estropié. J'en parlai à M. Robert, qui me raconta le fait suivant en tout semblable au précédent. Un ouvrier qui travaillait dans une usine à vapeur eut la cuisse droite luxée dans la fosse iliaque externe. Un chirurgien réduisit la luxation, au rapport du malade. Quinze jours après son accident, il entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, qui reconnut une luxation iliaque dans laquelle la tête du fémur était portée vers l'échancrure sciatique. Cette position était-elle primitive ou le résultat des tentatives de réduction? M. Robert réduisit, sans beaucoup de peine, cette luxation, en mettant en usage un procédé qui a été vanté depuis plusieurs années. Ce procédé consiste à fixer convenablement le bassin pour qu'il demeure immobile, et à fléchir fortement la cuisse sur le bassin, tandis que l'épaule du chirurgien, placée sous le genou du malade, élève fortement la cuisse et ramène ainsi la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Ce procédé de réduction, que j'ai vu essayer deux fois sans succès, a réussi dans quelques autres cas.

J'ai vu une fois une luxation du fémur gauche dans la fosse sous-pubienne, qui se reproduisait spontanément. Le malade était un jeune homme de vingt ans, qui prétendait que sa luxation était le résultat d'une chute dans laquelle la cuisse avait été portée dans un violent mouvement d'abduction. Il fut apporté à l'hôpital de la Charité, et l'élève de garde réduisit la luxation sans peine; il fixa les deux mem-

bres ensemble au moyen d'un bandage; mais dans un mouvement que fit le malade, la luxation s'effectua de nouveau. Boyer fit de nouveau la réduction, et un pareil phénomène eut lieu. Le malade resta estropié comme on l'est à la suite de cette luxation.

## ARTICLE XIV.

*De la luxation spontanée ou consécutive du fémur.*

On a donné les noms de luxation spontanée du fémur, luxation consécutive, *morbus coxarius*, à une maladie de l'articulation ilio-fémorale, dans laquelle la tête du fémur, poussée peu à peu hors de la cavité cotyloïde, monte sur la face externe de l'os des îles, ou descend dans la fosse ovalaire. Cette luxation, beaucoup plus fréquente que celles qui sont produites immédiatement par une violence extérieure, était connue des anciens, et a été indiquée par Hippocrate dans les aphorismes 59 et 60 de la section VI; mais il y a loin de cette simple indication à la description exacte de la luxation consécutive du fémur qui a été donnée par J.-L. Petit, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, pour l'année 1722, et par Sabatier, dans le tome V des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, et aux observations nombreuses qui ont été recueillies et publiées depuis sur cette fâcheuse maladie.

Pour traiter méthodiquement ce sujet, nous considérerons successivement les causes de la maladie, les désordres qu'elle produit dans l'articulation et les parties environnantes, la manière dont ces désordres amènent le déplacement du fémur, la marche qu'elle suit, les différents symptômes qui se manifestent dans chacun de ses degrés, son pronostic, et enfin ses indications curatives.

La luxation spontanée du fémur peut être produite par une cause externe, par une cause interne, ou par le concours de ces deux causes. On a cru pendant longtemps que cette luxation dépendait toujours d'une cause interne, et lorsque la maladie avait été précédée d'une chute ou d'un coup, on ne regardait ces accidents que comme causes occasionnelles ou déterminantes.

Cependant l'observation a appris qu'une contusion violente de l'articulation ilio-fémorale, produite par une chute sur le grand trochan-

ter, le genou ou les pieds, peut donner lieu, au bout d'un temps plus ou moins long, à une luxation spontanée du fémur; mais il ne faut pas croire, comme l'a dit J.-L. Petit, que cette maladie dépende toujours, ou du moins le plus souvent, de cette cause. Il est plus fréquent, au contraire, de voir la contusion de l'articulation n'être que la cause occasionnelle ou déterminante de la maladie, en appelant sur les parties articulaires, par l'irritation qu'elle y produit, un principe morbifique quelconque préexistant. Il est encore plus ordinaire qu'une cause interne, capable de produire la maladie, se fixe sur l'articulation, sans qu'elle y ait été attirée par l'irritation résultante d'une chute ou d'un coup. Les vices scrofuleux, rhumatismal, arthritique, la matière morbifique de certaines maladies, telles que la variole, la rougeole, les fièvres de mauvais caractère, etc., sont les causes les plus ordinaires de la luxation spontanée du fémur; et parmi elles, le vice scrofuleux est celui qui la produit le plus souvent: aussi cette maladie est-elle plus fréquente dans l'enfance que dans l'âge adulte, parce que c'est ordinairement à cette première époque de la vie que ce vice se développe.

J.-L. Petit, qui, comme nous l'avons dit plus haut, attribuait toutes les luxations spontanées du fémur à la contusion de l'articulation dans une chute sur le grand trochanter, explique le mécanisme du déplacement du fémur de la manière suivante :

« Lorsque dans une chute le grand trochanter est frappé, la tête du fémur est violemment poussée contre les parois de la cavité cotyloïde; et comme elle remplit exactement cette cavité, les cartilages, les glandes de la synovie, et le ligament de l'intérieur de l'article, doivent souffrir une forte contusion, qui sera suivie d'obstruction, d'inflammation et de dépôt. La synovie surtout s'amassera dans la cavité de l'articulation; la capsule ou tunique ligamenteuse en sera distendue; et la tête de l'os, peu à peu chassée au dehors, sera enfin luxée. La synovie s'échappant continuellement dans l'article, s'y épanchant même alors plus que dans l'état naturel, et n'étant plus dissipée par les mouvements de la partie, on ne doit point être surpris qu'elle s'accumule et qu'elle remplisse la cavité au point de chasser la tête de l'os; ce qu'elle fera avec d'autant plus de facilité que, relâchant les ligaments, elle les met hors d'état de résister non-seulement à la force avec laquelle elle pousse l'os hors de sa boîte, mais encore aux efforts que font les muscles pour tirer en haut la tête du fémur. La capsule ne sera donc pas seule distendue; le liga-

ment rond souffrira aussi peu à peu un allongement qui sera accompagné d'une douleur très-vive, laquelle augmentera par degrés, et ne diminuera que quand ce ligament, tout à fait relâché ou rompu, aura abandonné la tête de l'os à toute la puissance des muscles qui la tirent en haut. »

Cette explication paraît d'abord très-plausible; mais lorsqu'on l'examine attentivement, on sent aisément qu'elle manque de solidité. En effet, en supposant que la contusion des surfaces articulaires, de la glande synoviale et du ligament rond, donne lieu à une sécrétion plus abondante de la synovie, et que cette humeur ne soit point résorbée, elle se portera entre le col du fémur et le ligament orbiculaire qui s'attache à sa base, et distendra ce ligament; mais quelle que soit la quantité de synovie sécrétée, cette humeur ne sera jamais capable de forcer la résistance de ce ligament et celle qui provient de la rétraction des muscles nombreux qui environnent l'articulation, de chasser la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde; car si la synovie épanchée entre le col du fémur et le ligament orbiculaire venait à s'épaissir, elle serait plus propre à retenir l'os dans la cavité cotyloïde, qu'à l'en expulser. Il est donc certain que Petit, en reconnaissant que la tête de l'os ne pouvait pas être logée dans la cavité cotyloïde, s'est mépris sur la cause de la disproportion entre cette cavité et la tête du fémur, et par conséquent sur la nature du désordre de l'articulation qui donne lieu à la luxation. Au reste, comme ce célèbre chirurgien ne dit point avoir constaté par l'ouverture des corps l'état des parties dans cette maladie, son opinion n'a d'autre valeur que celle d'une simple conjecture.

Quelles sont donc les altérations organiques de l'articulation ilio-fémorale qui, à la suite d'une forte contusion, ou de l'action d'un principe morbifique sur la même partie, donnent lieu à la luxation spontanée du fémur? L'examen des cadavres de personnes mortes de cette maladie pouvait seul nous fournir des données exactes; et les occasions de faire ces dissections ne se présentent malheureusement que trop souvent, cette affection faisant périr la plupart des sujets qui en sont atteints. Il n'est pas à ma connaissance qu'on ait eu occasion de constater l'état des parties dans les commencements de la maladie, époque où elle n'est pas encore mortelle; mais il est probable qu'alors le cartilage qui tapisse la cavité cotyloïde, celui qui couvre la tête du fémur, le ligament rond et surtout la glande synoviale, sont

gonflés, et que ce gonflement, en détruisant les proportions qui doivent exister entre la profondeur de la cavité cotyloïde et le volume de la tête du fémur, donne lieu à l'allongement du membre que l'on observe toujours ou presque toujours dès le principe de la maladie.

Lorsque cette affection, après avoir parcouru ses périodes, est arrivée au point de faire périr le malade, l'examen anatomique fait apercevoir dans l'articulation et dans les parties environnantes des désordres organiques très-variés. Quelquefois on trouve la glande synoviale, qui, dans l'état sain, remplit l'enfoncement raboteux de la cavité cotyloïde, tellement gonflée, qu'elle suffit pour remplir la cavité entière; le cartilage qui tapisse cette même cavité et celui qui revêt la tête du fémur, épaissis et ramollis; on trouve encore le ligament rond détruit dans quelques circonstances : d'autres fois la cavité cotyloïde est pleine de concrétions stéatomateuses et d'un pus fétide, floconneux et de couleur variée; son cartilage est rongé en quelques endroits; mais la lésion la plus fréquente est la carie du contour de la cavité, et l'usure, ou la destruction qui en est la suite; tantôt c'est la partie supérieure du bord de la cavité qui a souffert de cette affection, et est détruite plus ou moins profondément; tantôt c'est la partie antérieure et interne de ce bord : dans quelques cas, le cartilage qui couvre la tête du fémur est entièrement détruit, et cette portion de l'os est cariée. La carie de l'os des iles ne se borne pas toujours à la cavité cotyloïde; la partie de cet os où la tête du fémur s'est portée après son déplacement est également susceptible d'y participer : on l'a vue, par le fait de cette altération, ramollie et comme en putrilage, de manière qu'on pouvait en détacher des fragments osseux. La matière purulente qui s'est glissée dans les interstices des muscles y forme des foyers plus ou moins considérables; et lorsque le pus s'est porté jusque sous la peau où il a formé des abcès dont l'ouverture a laissé des fistules, leur trajet s'étend jusqu'à l'articulation, source première de la suppuration. On a observé une variété de la carie qui n'attaque que le fond de la cavité cotyloïde, de sorte que ce fond seulement est détruit, tandis que ses bords restent intacts; alors la matière purulente de mauvaise qualité qui la remplit se porte jusque dans le bassin, où elle forme un foyer plus ou moins considérable : dans ce cas, la maladie fait périr le sujet, sans déplacement du fémur.

D'après ce que nous venons de dire sur l'état pathologique des par-

ties dans la luxation spontanée du fémur, il sera facile d'expliquer comment la tête de cet os abandonne peu à peu la cavité cotyloïde pour monter ensuite sur la face externe de l'os des iles, ou descendre dans la fosse ovalaire. Lorsque les cartilages articulaires, la glande synoviale et le ligament rond s'engorgent et se gonflent à la suite d'une forte contusion, ou par l'action d'un vice interne scrofuleux ou autre, fixé sur cette articulation, il s'ensuit nécessairement que la tête du fémur est repoussée en bas, à mesure que le gonflement augmente, ce qui se fait ordinairement d'une manière graduée : lorsque le sommet de la tête du fémur est parvenu au niveau du rebord de la cavité, n'étant plus retenue par le ligament rond qui est rompu ou détruit, cette éminence obéit à l'action des muscles fessiers qui la portent en haut et en dehors sur la face externe de l'os des iles. Dans cette espèce, le déplacement est produit par la disproportion entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur, et par l'action musculaire qui achève la luxation lorsque le sommet de cette éminence est au niveau du rebord de la cavité, comme nous venons de l'expliquer.

Mais lorsque la luxation résulte de la destruction du rebord de la cavité cotyloïde par la carie, elle s'opère d'une autre manière; dans ce cas, du moment que la tête de l'os n'est plus retenue par la portion de la cavité qui se trouve détruite, elle est livrée à l'action musculaire qui complète le déplacement : comme le plus ordinairement c'est la partie supérieure et externe du rebord cotyloïdien qui est cariée, la luxation la plus fréquente est celle en haut et en dehors; cependant la carie affectant quelquefois la partie inférieure interne de ce rebord, on voit aussi la luxation en bas et en dedans, dans la fosse ovalaire; mais cela a lieu beaucoup plus rarement.

La marche et les symptômes de la luxation spontanée du fémur méritent la plus grande attention de la part du chirurgien. On a quelquefois méconnu la maladie dans son principe, ce qui est une faute très-préjudiciable au malade, puisqu'elle fait négliger les moyens qui auraient pu en arrêter les progrès, et qui ne sont réellement utiles que dans l'origine de cette affection. Dans d'autres cas, on a cru qu'elle était terminée au moment où les plus grands accidents étaient sur le point de se déclarer. Il convient donc d'en décrire exactement les symptômes. Ils sont différents suivant ses degrés ou périodes et la cause qui l'a produite. La première période comprend les phénomènes qui ont lieu depuis l'invasion de la maladie jusqu'au moment

où la tête du fémur abandonne la cavité cotyloïde; soit que la luxation reconnaisse pour cause une forte contusion, soit qu'elle dépende d'un vice interne. Pendant cette époque, le malade éprouve de la douleur, le membre affecté augmente plus ou moins en longueur, et il y a claudication. Ces trois symptômes se manifestent simultanément; mais la douleur est celui dont le malade se plaint le plus; elle se fait sentir dans la hanche, et ordinairement aussi au genou; quelquefois même elle est si forte dans cette dernière partie, que les malades s'en plaignent beaucoup plus que de celle de la hanche; circonstance qui a fait commettre des méprises en détournant l'attention des praticiens, et les trompant sur le véritable siège de la maladie. Nous connaissons des exemples de luxations spontanées où des erreurs de ce genre ont eu lieu; on les évitera facilement en faisant attention que le toucher n'augmente pas la douleur du genou, tandis qu'il rend plus vive celle qui a lieu dans la hanche. La douleur est très-vive lorsqu'elle résulte d'une forte contusion de l'articulation, et souvent alors elle est accompagnée d'un gonflement de la partie supérieure de la cuisse, de fièvre et d'impossibilité de mouvoir le membre; la douleur vive est donc ordinairement le résultat d'une cause externe; quelquefois pourtant elle est très-vive aussi, quoiqu'elle dépende d'une cause interne; mais le plus souvent, dans ce dernier cas, elle est médiocre, sourde et profonde; dans tous elle est augmentée par la marche. Nous avons observé des luxations spontanées commençantes dans lesquelles la douleur se faisait sentir dans toute l'étendue du membre, et était accompagnée de la rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe et des extenseurs du pied, en sorte que les malades ne marchaient que sur les orteils.

L'allongement du membre se manifeste presque en même temps que la douleur; il est, comme nous l'avons dit, l'effet du gonflement de la glande synoviale et des cartilages articulaires; il est si peu considérable dans le commencement de la maladie, qu'il échappe souvent aux praticiens qui n'y donnent pas assez d'attention; il augmente au fur et à mesure des progrès de cette affection et de l'engorgement des parties, en sorte que l'allongement n'est jamais plus grand qu'au moment où la tête du fémur est sur le point d'abandonner entièrement la cavité cotyloïde. Dans les luxations causées par le gonflement de la glande synoviale et des cartilages de l'articulation, l'allongement est toujours plus considérable que dans celles qui ont lieu à la suite

de la carie du bord de la cavité cotyloïde : dans ce dernier cas, il est même quelquefois si peu marqué qu'il peut n'être pas aperçu par le praticien, et c'est sans doute ce qui a fait dire à plusieurs auteurs que, dans cette espèce, le raccourcissement du membre n'est pas précédé de son allongement : pour nous, lorsque nous avons eu occasion d'observer ces luxations dans le principe, quelle qu'en fût l'espèce, nous avons toujours remarqué l'allongement de l'extrémité. J.-L. Petit, dans l'explication défectueuse qu'il donne de la luxation spontanée produite par la contusion de l'articulation, suppose, au contraire, que la cuisse doit se raccourcir sans être préalablement allongée, et qu'il n'est pas nécessaire que la tête de l'os soit entièrement sortie pour que le raccourcissement commence. La raison qu'il en donne, c'est que : « la tête du fémur étant de figure sphérique, et la portion qui est reçue dans la cavité étant au plus une demi-sphère, les muscles peuvent évidemment commencer à tirer la cuisse en haut pour peu que la synovie éloigne la tête du fond de sa cavité : si donc on mesurait la cuisse de l'endroit où la tête du fémur touche le bord supérieur de sa cavité, on la trouverait déjà plus courte, et plus la tête du fémur fera de chemin pour sortir, plus la cuisse perdra de sa longueur, etc. » La moindre réflexion suffit pour démontrer la futilité de cette explication : il est évident, en effet, que le gonflement de la glande synoviale et des cartilages articulaires, en éloignant peu à peu la tête du fémur, doit donner lieu à l'allongement de la cuisse, jusqu'à ce que l'os, étant tout à fait déboîté, obéisse à l'action des muscles, et monte sur la face externe de l'os des îles.

Pour s'assurer de l'allongement du membre, on fait coucher le malade sur le dos; on met sur la même ligne transversale les épines antérieures et supérieures des os des îles; on compare les deux membres placés parallèlement l'un à côté de l'autre : on aperçoit alors que la rotule et la malléole interne de celui qui est affecté sont situées un peu plus bas que dans l'autre membre. Mais pour conclure de là que l'allongement est réellement l'effet d'une maladie de l'articulation ilio-fémorale, il faut qu'en même temps le grand trochanter soit plus éloigné de la crête de l'os des îles que dans l'état naturel; car une maladie de l'articulation ilio-sacrée peut donner lieu à l'allongement du membre du même côté; mais alors la distance du grand trochanter à la crête de l'os des îles est la même des deux côtés.

La claudication est un symptôme constant de la luxation spontanée

commençante; elle dépend de l'allongement du membre et de la douleur de l'articulation. On conçoit en effet que lorsque le malade veut confier le poids du corps au membre affecté, la sensation douloureuse qu'il y éprouve le force à le reporter vivement sur l'autre; et comme la plus grande longueur de cette extrémité entre aussi pour beaucoup dans l'action de boiter, il s'ensuit que la claudication n'est jamais plus grande et plus marquée que lorsque le membre est plus long et la douleur plus vive.

Les symptômes dont nous venons de parler sont ceux qui ont lieu dans la première période de la luxation spontanée, dont la durée varie suivant l'âge du malade, l'intensité des phénomènes morbifiques et la nature de l'altération organique des parties articulaires. Dans les enfants, elle est généralement moins longue que dans les adultes, ce qui provient, dans les premiers, du peu de profondeur de la cavité cotyloïde, et de ce que les cartilages et la glande synoviale, ayant moins de consistance, se laissent pénétrer plus facilement par les sucs et acquièrent plus promptement un volume considérable, qui force la tête du fémur à abandonner la cavité; la carie fait également chez eux des progrès rapides. Nous avons vu des enfants chez lesquels la luxation s'est opérée dans l'espace de deux mois. Chez les adultes, l'espace de temps qui s'écoule depuis l'invasion de la maladie jusqu'au moment où la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde, est d'autant plus court que la douleur et l'irritation sont plus considérables. Nous avons observé deux malades chez lesquels la douleur était excessive et qui ont eu le fémur luxé dans le cours d'une fièvre essentielle. L'un était une dame âgée d'environ trente ans, qui éprouva une fièvre putride à la suite d'une couche, et l'autre, un jeune homme de quatorze ou quinze ans, qui fut attaqué d'une fièvre de même nature peu de temps après avoir fait une chute qui lui causa une douleur sourde dans la hanche, et un peu de difficulté à marcher. Dans ces deux cas, le fémur fut entraîné en haut et en dehors; mais la maladie se borna là et les malades en furent quittes pour la claudication. Lorsque la tête du fémur est expulsée par le gonflement de la glande synoviale et des cartilages, la luxation s'effectue plus promptement que lorsque cette éminence sort par suite de la carie du rebord de la cavité cotyloïde. parce que la marche de cette dernière affection est ordinairement plus lente; cependant cela n'est pas sans quelques exceptions.

Pendant la durée de cette période, il est impossible de déterminer

au juste l'espèce de désordre organique qui existe, et le côté vers lequel la tête du fémur se portera en s'échappant de la cavité cotyloïde. Voici ce que nous croyons pouvoir déduire d'un grand nombre d'observations que nous avons faites sur cette maladie. Lorsque l'allongement du membre est considérable dès le commencement de la maladie, que la douleur est forte et qu'il n'y a pas d'engorgement à la partie supérieure de la cuisse, on peut présumer que le mal est dû au gonflement de la glande synoviale et des cartilages articulaires; que la tête du fémur s'échappera par la partie externe supérieure de la cavité cotyloïde, et qu'elle se portera sur la face externe de l'os des îles. Dans des circonstances contraires, il est probable que c'est la carie qui causera le déplacement du fémur, qui aura lieu alors tantôt par la partie externe supérieure de la cavité cotyloïde, et tantôt par sa partie interne inférieure. Lorsque le membre affecté, beaucoup plus long que l'autre depuis longtemps, conserve sa rectitude naturelle et la faculté d'exécuter les mouvements de rotation en dehors et en dedans, quoique avec douleur, et qu'il se forme un abcès par congestion dans un point quelconque de la cuisse, on peut fortement présumer que le fond de la cavité cotyloïde est carié, et que la maladie pourra devenir mortelle sans que la tête du fémur se déplace.

La seconde période de la luxation spontanée du fémur commence au moment où la tête de cet os a abandonné la cavité cotyloïde, et ne finit qu'avec la maladie. Les premiers symptômes de cette période sont différents, suivant le côté par lequel la tête de l'os s'échappe de la cavité cotyloïde: nous avons déjà dit que, lorsque le déplacement a lieu par l'effet du gonflement de la glande synoviale et des cartilages articulaires, c'est toujours en haut et en dehors qu'il se fait à cause de l'action des muscles fessiers; la cuisse, qui est plus courte alors, se rapproche de celle du côté opposé; le genou et la pointe du pied se tournent en dedans; le grand trochanter devient plus saillant et se rapproche de la crête de l'os des îles; en un mot, tous les symptômes de la luxation primitive en haut et en dehors se manifestent.

Dans quelques cas favorables et malheureusement trop rares, la maladie s'arrête là: les douleurs diminuent par degrés et cessent entièrement; la tête du fémur se creuse une nouvelle cavité; il se forme une articulation contre nature, et les malades en sont quittes pour la claudication. Mais c'est là une exception heureuse: le plus souvent

lorsque la tête du fémur est déplacée, il survient une tuméfaction douloureuse à la fesse; le tissu cellulaire environnant s'engorge et s'épaissit; la peau devient tendue, lisse, et la fesse offre l'aspect d'une tumeur blanche ou lymphatique. Bientôt quelques points de l'engorgement lymphatique se ramollissent; des abcès quelquefois d'un caractère inflammatoire, sans être cependant accompagnés d'une rougeur très-vive, à cause de la profondeur et de la nature de l'altération, se forment au voisinage de l'articulation, presque toujours à sa partie postérieure et externe; ces abcès s'ouvrent d'eux-mêmes, ou bien l'art en fait l'ouverture: dans l'un et l'autre cas, ces ouvertures dégèrent en fistules. Il arrive quelquefois que ces fistules, après avoir versé une grande quantité de pus, n'en fournissent que très-peu, que les douleurs s'apaisent, que la fièvre cesse, que tous les symptômes diminuent par degrés, que les fonctions se rétablissent, et qu'au bout de plusieurs années le malade a le bonheur de guérir à la faveur d'une ankylose ou soudure du fémur avec l'os des îles. Mais le plus souvent les fistules continuent à fournir une grande quantité de pus qui, d'abord épais et inodore, devient ensuite séreux, âcre et fétide: résorbé et porté dans le torrent de la circulation, il donne lieu à la fièvre hectique; le malade tombe dans le marasme, épuisé par le dévoiement et les sueurs colliquatives; il succombe au bout d'un temps plus ou moins long.

Lorsque le déplacement de la tête du fémur dépend de la destruction du rebord de la cavité cotyloïde par l'effet de la carie, si cette éminence s'échappe par la partie externe supérieure de la cavité, les premiers symptômes de ce développement sont les mêmes que ceux dont nous venons de parler, c'est-à-dire que la cuisse se raccourcit, se rapproche de celle du côté opposé, se tourne dans la rotation en dedans, etc.; mais si la tête du fémur s'échappe par la partie interne inférieure de la cavité cotyloïde, le membre s'écarte de celui du côté opposé et se tourne dans la rotation en dehors; sa longueur augmente considérablement, et on ne peut lui faire exécuter le moindre mouvement sans causer beaucoup de douleur. Dans l'un et l'autre cas, il se forme assez promptement, après le déplacement de l'os, quelquefois même avant, des abcès à la partie supérieure de la cuisse, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe et antérieur, et quelquefois à la partie postérieure; ces abcès présentent tous les caractères de ceux qu'on a désignés sous le nom d'abcès par congestion, c'est-à-dire qu'ils

ne sont précédés d'aucun engorgement dans la partie où ils se montrent, et qu'ils sont formés par du pus qui a fusé dans les interstices des muscles, depuis l'articulation qui en est la source jusqu'au lieu où se forme la congestion purulente. Outre ces abcès, il s'en forme quelquefois d'autres à la fesse par l'engorgement de cette partie. Les ouvertures de ces abcès deviennent fistuleuses, et il en découle abondamment un pus séreux et même sanguinolent dans quelques occasions, qui entraîne avec lui des flocons ou grumeaux de matière albumineuse et qui a presque toujours une odeur fétide; la fièvre et tous les symptômes que nous venons d'énumérer dans l'espèce ci-dessus surviennent et font presque toujours périr le malade au bout d'un temps plus ou moins long.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffisent pour établir avec exactitude le diagnostic de la maladie qui nous occupe: ainsi nous croyons inutile de les reproduire, quoique nous ne puissions nous empêcher de recommander de porter la plus grande attention dans l'examen des symptômes naissants de cette affection, afin de lui opposer, dans son principe, les moyens propres à en arrêter les progrès.

Pour établir sûrement le pronostic des luxations spontanées du fémur, il faut avoir égard à la durée de la maladie, à sa marche, à ses causes, à l'âge du malade, à sa constitution, etc. Récente et légère, on peut espérer de la guérir; mais lorsqu'elle est ancienne, et surtout lorsque le fémur a abandonné la cavité cotyloïde, on le tenterait en vain, et ce qui peut arriver de plus avantageux alors, c'est que le fémur se soude avec l'os des îles, ou qu'il se creuse une nouvelle cavité et que le malade en soit quitte pour la claudication. Nous avons dit ailleurs que la présence du vice scrofuleux rendait cette maladie fréquente et très-grave dans les enfants; nous ajouterons que chez les personnes débiles, la maladie est plus souvent fatale, toutes choses égales d'ailleurs, que chez les sujets robustes et bien constitués. Les luxations de cause externe sont moins dangereuses que celles de cause interne; celles que produit le gonflement de la glande synoviale sont généralement moins fâcheuses que celles qui proviennent de la carie, et parmi ces dernières, celles qui ont lieu dans la fosse ovalaire donnent plus à craindre, à cause de l'étendue du mal qu'elles supposent, que celles qui ont lieu en haut et en dehors; à plus forte raison devra-t-on redouter la carie qui a son siège au fond de la cavité cotyloïde. Nous