

de treize ans qui avait une coxalgie à la suite d'une contusion, et qui succomba parce que des chirurgiens très-connus de Paris lui permirent de se lever et de sortir en voiture après que je lui avais donné les conseils qui avaient guéri le jeune D... Mais cette jeune fille tourmenta ses parents, qui appelèrent ces chirurgiens, qui, sans blâmer mon ordonnance, furent moins sévères que moi dans le traitement. Je pourrais citer d'autres cas, mais comme ils sont analogues à ceux-ci, je crois devoir m'en dispenser. Je me contenterai de rapporter brièvement deux observations qui prouvent le soin qu'on doit apporter dans le diagnostic, si on ne veut pas commettre d'erreurs.

Un malade, âgé de trente-six ans, entra à la Maison royale de santé pour prendre des douches de vapeur, afin de rendre plus faciles les mouvements du membre abdominal gauche. En le découvrant pour examiner ce membre, j'aperçus quatre cicatrices de moxas sur le genou. Je lui demandai s'il avait eu une tumeur blanche. « Non, monsieur, me répondit-il, mais j'ai eu une coxalgie, et M. \*\*\*, que vous connaissez, et qui me soignait, s'est laissé tromper par la douleur du genou : il m'a mis ces quatre moxas, et pendant ce temps la maladie de la hanche a fait des progrès, et la luxation s'est effectuée comme vous le voyez. » En même temps il me montra la hanche plus grosse et le membre abdominal plus court que dans l'état naturel.

J'ai vu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un enfant, âgé de six ans, qui m'était amené par un des employés de l'hôpital. Cet enfant était atteint de coxalgie depuis onze mois. Un premier chirurgien l'avait traité pendant trois mois, avait fait appliquer six sangsues et plusieurs vésicatoires volants, et avait ordonné le repos au lit. Voyant ce traitement sans résultat, il avait conseillé de consulter un autre chirurgien. Celui auquel on s'adressa traita la maladie de fraîcheur; un troisième, consulté, dit que l'enfant boitait pour s'amuser. Cependant ces trois chirurgiens sont instruits et jouissent d'une estime justement méritée. Enfin les parents consultèrent un médecin qu'on leur indiqua, mais qui traita trop doucement la maladie, et qui ne la guérit pas. J'examinai l'enfant avec soin; je vérifiai l'existence de la coxalgie; j'ordonnai le traitement que j'ai indiqué plus haut, et j'appris au bout de six mois que l'enfant était guéri.

Ces divers cas, que j'ai cru devoir citer pour démontrer la nécessité d'un traitement actif et sévère dans la coxalgie, et pour prouver sa curabilité, n'ont pas besoin d'être commentés. Les faits qu'ils renfer-

ment suffisent pour faire voir combien le praticien doit être attentif dans le diagnostic d'une maladie si grave; combien il doit être persévérant dans le traitement; combien il doit être sévère pour le malade. Si le manque d'un traitement convenable n'avait pour résultat que la difformité, peut-être le praticien pourrait-il se relâcher de sa sévérité; mais la difformité est accompagnée d'une claudication gênante et d'obstacles aux mouvements de la cuisse, et ce qui est plus grave, le manque d'un traitement convenable est fréquemment suivi de la formation d'abcès par congestion qui ne conduisent que trop souvent le malade au tombeau.

## ARTICLE XV.

*Des luxations congénitales du fémur. (P. B.)*

On nomme *luxations congénitales* celles que les enfants apportent en naissant. Quelques pathologistes pensent qu'on devrait les nommer *originelles*, parce qu'elles dépendent d'un vice dans le développement des os; mais comme la dénomination de *congénitale* est généralement donnée à toutes les anomalies qui, comme je l'ai dit, résultent d'un arrêt de développement, je crois devoir la conserver; d'autant plus que, si ces luxations étaient la conséquence d'une violence pendant la vie intra-utérine, le nom de *congénitale* ne leur conviendrait plus.

Ces luxations ont été observées dans toutes les articulations, et sous ce rapport, j'aurais dû en parler en traitant des luxations en général; mais comme les principaux travaux ont été faits sur la luxation congénitale du fémur, il m'a semblé plus convenable, pour éviter des répétitions, de décrire celle-ci dans tous ses détails, et de ne donner que quelques notes sur les autres luxations congénitales. Je pense que ma manière d'agir sera approuvée, surtout si l'on réfléchit que les questions générales d'étiologie et de traitement sont applicables à toutes ces luxations. Je dois faire observer encore que je ne dois m'occuper dans un traité de pathologie que des luxations congénitales chez des individus d'ailleurs très-bien conformés, et que celles qui existent chez des individus présentant d'autres anomalies qui ne permettent pas la vie, ne doivent être étudiées que dans les traités de tératologie.

Les luxations congénitales ont été connues des médecins grecs et arabes. Hippocrate, dans son traité *Περί ἀρθρώσεων*, parle des luxations congénitales de la cuisse, du pied ou pied-bot, de l'avant-bras et du poignet, et l'on doit s'étonner, d'après ce qu'il dit, que ces affections aient été en quelque sorte oubliées jusqu'aux temps modernes; car on ne peut rien apprendre des expressions vagues d'Avicenne, de celles de Paré et de celles de quelques autres écrivains. Il faut arriver à la fin du xvii<sup>e</sup> siècle pour trouver une observation pathologique et anatomique sur la luxation congénitale du fémur : nous la devons à Kerkring, médecin hollandais, qui expose d'une manière précise et les symptômes de la maladie et quelques-uns des désordres de l'articulation. Vers la fin du xviii<sup>e</sup> siècle, Paletta, chirurgien italien, décrit, dans un mémoire intitulé *de Claudicatione congenita*, les luxations congénitales du fémur, maladie qu'il regarde comme un vice de conformation naturelle, et non comme une luxation accidentelle. Les travaux de Paletta laissent peu à désirer sous le rapport de l'anatomie pathologique. Depuis ce chirurgien, mais surtout depuis une vingtaine d'années, les luxations congénitales du fémur ont été l'objet d'études spéciales, et on s'est peu occupé des autres, excepté du pied-bot, qui, en général, n'est pas rangé dans la classe de ces affections. On en a observé dans les articulations de presque toutes les parties du corps, mais surtout chez des individus qui présentaient d'autres anomalies, comme je le dirai plus bas.

Les luxations congénitales du fémur ont été observées dans la fosse iliaque externe et dans la fosse sous-pubienne. Hippocrate parle des deux espèces. La première est beaucoup plus fréquente que la seconde, et par conséquent c'est elle qui a été l'objet des recherches des chirurgiens. Je la décrirai donc d'abord avec de grands détails, et après je dirai quelques mots de la seconde.

Pour exposer avec clarté tout ce qui a rapport à cette affection, je commencerai par l'anatomie pathologique, qui nous conduira à la connaissance des causes; puis j'indiquerai les symptômes et le traitement.

L'anatomie pathologique de la luxation congénitale du fémur nous présente à étudier les désordres de la cavité cotyloïde, ceux de la tête du fémur, ceux de l'os coxal, ceux de l'excavation pelvienne et ceux des parties molles. Nous trouvons dans quelques-uns de ces désordres une grande analogie avec ceux qu'on observe dans les luxations tra-

matiques anciennes; cependant je crois devoir les décrire, parce qu'ils présentent des différences essentielles pour l'étiologie.

La cavité cotyloïde existe toujours : on ne trouve pas toujours une cavité de forme et de grandeur variable, mais on trouve toujours un état rudimentaire. Elle présente le plus souvent une forme ovale transversale, comme si une pression mécanique avait agi verticalement; quelquefois cependant cette forme est triangulaire. On conçoit que, dans ces divers cas, le fond de la cavité ne doit pas être le même : aussi le voyons-nous plus ou moins arrondi dans le premier, et conoïde dans le second. Dans un des cas rapportés par Paletta, il s'élevait du fond de la cavité cotyloïde une production osseuse, *tuber aut colliculus osseus*, qui venait jusqu'au bord de son segment inférieur. Elle était convexe et couverte d'un cartilage lisse, et quand on l'examinait attentivement, on voyait qu'elle naissait de la portion de l'os *ilium* qui concourt à la formation de la cavité cotyloïde. Dans le musée pathologique de la Faculté de médecine de Paris, on trouve des pièces qui présentent une disposition analogue. Le contour de cette cavité présente presque autant de variétés qu'il existe de cas de maladies; toujours plus ou moins déformé, il est toujours aussi plus ou moins échancré, sans que la nature suive aucune règle dans cette déformation. Cette cavité est toujours encroûtée de cartilage non altéré dans une partie de son étendue, et dans le reste elle présente une surface rugueuse pour l'insertion du ligament inter-articulaire. Quelquefois cependant cette surface rugueuse n'existe pas : c'est lorsque le ligament inter-articulaire ne s'insère pas dans la cavité, comme cela a été observé par Paletta, et comme je le dirai plus loin. Dans quelques cas, la cavité cotyloïde a été trouvée remplie par une substance grasseuse, jaunâtre et de la consistance de l'huile, ou par un peloton cellulo-synovial très-développé. Dans un cas, son fond était tellement aminci qu'il était translucide. Dans quelques cas rares, on a vu cette cavité plus grande que la tête du fémur, trop grande, pour ainsi dire, pour cette tête, qui ne pouvait s'y maintenir.

La tête du fémur et son col offrent toujours des déformations remarquables. La tête est constamment altérée dans sa forme, sans que celle-ci ait aucun rapport avec la forme de la cavité cotyloïde ou de ses vestiges. Quelquefois elle existe à peine, et elle est remplacée par une pointe semblable à un bec, *rostrum*. Quelquefois même elle manque totalement : ainsi, dans le cas où Paletta a vu s'élever du fond

de la cavité cotyloïde une production osseuse, la tête du fémur n'existait pas : cet os était, selon son expression, *acéphale*, et il présentait une surface plane, qui s'adaptait à celle de cette production. La tête est encroûtée de son cartilage, tantôt entièrement semblable au cartilage normal, tantôt un peu altéré dans sa structure. Le point d'insertion du ligament inter-articulaire existe toujours, même quand le ligament manque. Le col du fémur est horizontal et plus court que dans l'état naturel ; il peut manquer totalement. Il est toujours plus mince que dans l'état normal, et quelquefois il ne tient aux trochanters que par un pédicule très-étroit. Dans quelques cas, sa direction est totalement changée, de sorte que son axe et celui de la cavité cotyloïde sont dans des directions tout à fait différentes.

L'os coxal présente deux sortes d'altérations dans sa forme : l'une, dépendante des changements de forme de la cavité cotyloïde ; l'autre, résultant de la présence de la tête du fémur ou de ses vestiges sur un des points de la surface de la fosse iliaque externe. La cavité cotyloïde manquant presque entièrement dans quelques cas et étant dans tous complètement déformée, l'espace qui se trouve compris entre elle et l'épine supérieure et antérieure de l'os des îles est diminué de hauteur. Cette épine est moins prononcée ; la ligne courbe qui la sépare de l'épine antérieure et inférieure a changé de forme, et souvent cette dernière épine n'existe pas ou n'est que rudimentaire. L'éminence iliopectinée a perdu sa forme normale, et l'aspect d'ensemble de toute la portion de l'os coxal comprise entre le trou sous-pubien et la partie postérieure de la cavité cotyloïde la fait paraître, pour ainsi dire, tassée verticalement, et dirigée très-obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. La portion iliaque de l'os coxal est plus évasée, et sa crête est déjetée en dehors. Dans quelques cas très-rares, elle est plus verticale que dans l'état naturel. Quant à la fosse iliaque externe, elle offre, dans le point de son étendue qui correspond à la tête du fémur, une cavité plus ou moins prononcée, quoique toujours assez superficielle, à bords plus ou moins saillants et plus ou moins raboteux, plus ou moins garnis de stalactites, surtout dans leurs parties postérieure et supérieure, pour retenir le fémur et s'opposer à son transport dans les points les plus reculés de cette fosse. Ce point est couvert d'un périoste épais, analogue aux cartilages articulaires ; et ce périoste a une surface lisse comme celle d'une membrane synoviale. Au surplus, ces altérations pathologiques sont semblables à celles

qu'on observe dans les pseudarthroses à la suite des luxations traumatiques du fémur. L'épaisseur de l'os est toujours considérablement diminuée, et quelquefois au point de le rendre translucide. Les parties éloignées du siège de la maladie sont aussi déformées. C'est ainsi que l'arcade pubienne et les tubérosités de l'ischion offrent toujours une altération de forme, qui prouve que leur développement n'a pas été normal. Quand la luxation est unique, il n'y a que l'os coxal correspondant qui offre des altérations de forme.

L'excavation pelvienne ne présente pas, en général, de déformation : quelquefois cependant il en existe ; quoique ces cas soient les plus rares, il faut être prévenu de leur possibilité. On ne les a probablement observés que chez les individus ayant des difformités du rachis. Cette circonstance n'a pas toujours été notée ; mais les planches, qui représentent des vices de conformation du bassin, indiquent souvent la coexistence d'une altération dans la forme de la colonne vertébrale. L'importance de la non-déformation du bassin est relative à l'accouchement, et doit être bien établie et bien connue sous ce rapport, dans les cas où il n'y a aucune difformité du rachis.

Les désordres que présentent les parties molles appartiennent à celles qui concourent, soit normalement, soit anormalement, aux moyens d'union des os entre eux, et à celles qui entourent l'articulation.

Les moyens d'union des os entre eux sont la capsule articulaire et le ligament inter-articulaire. La capsule articulaire existe toujours. Tantôt elle paraît être formée par la capsule articulaire normale déplacée et allongée, car elle naît de la circonférence de la cavité cotyloïde ; tantôt elle n'a de rapports qu'avec le côté externe de cette cavité, et elle est en tout semblable à la capsule articulaire accidentelle des fausses articulations. Cette capsule a toujours une grande longueur et une grande densité. Sa longueur permet à la tête du fémur des mouvements de déplacement en haut et en bas ; et la densité, qui est quelquefois accompagnée d'un épaissement cartilagineux, offre une résistance qui supplée à l'absence d'un rebord osseux supérieur et retient la tête du fémur pour l'empêcher de se porter plus haut dans la fosse iliaque externe. Quelquefois, quand elle est très-longue, elle offre un rétrécissement entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur. Le ligament inter-articulaire paraît exister dans tous les cas ; je dis

dans tous les cas, parce qu'il y a des observations dans lesquelles on n'en parle pas. Dans les recherches si exactes de Paletta, nous voyons que ce ligament très-fort, et plus résistant que dans l'état naturel, naît quelquefois de tout le fond de la cavité cotyloïde, et d'autres fois embrasse et enveloppe la tête du fémur; nous voyons aussi qu'il peut cesser au rebord des vestiges de la cavité cotyloïde, et y prendre ses points d'insertion, ou s'attacher à la branche horizontale du pubis. Ce chirurgien l'a trouvé une fois composé de plusieurs faisceaux très-forts. D'autres observateurs, dont les recherches semblent moins minutieuses que celles de Paletta, disent avoir trouvé ce ligament très-allongé, et comme usé dans certains points par la pression et le frottement de la tête du fémur. Dans d'autres observations, il n'en est nullement question, de sorte qu'on ne sait s'il existait ou s'il manquait.

Parmi les parties molles qui entourent l'articulation, les muscles sont les seuls qui présentent quelque altération. Elle consiste en un changement de texture dans ceux qui n'exécutent plus de mouvements, soit à cause de leur inaction, soit à cause de la compression qu'ils éprouvent. Ces muscles sont décolorés : ils sont devenus jaunâtres et ont pris une apparence grasseuse. C'est le même phénomène que celui qu'on observe dans les luxations traumatiques. Quant aux muscles qui ont conservé leur action, ils ont aussi conservé leur apparence normale.

Je terminerai ce qui a rapport à l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe, en faisant remarquer que les lésions peuvent s'étendre à des parties qui n'ont aucun rapport avec les os affectés, comme Dupuytren en cite un exemple. Il a vu dans un cas une mobilité anormale entre le sacrum et le rachis.

L'étiologie de cette maladie est inconnue, et nous sommes réduits à des conjectures. Trois hypothèses se présentent; ce sont celles : 1° d'un arrêt de développement, 2° d'une violence extérieure, 3° de l'action musculaire. Je vais les examiner successivement.

Si nous considérons la nature des changements opérés dans les parties tant osseuses que molles qui concourent à la formation de l'articulation ou qui l'entourent; si nous considérons la fréquence à peu près égale de l'existence de la lésion dans les deux côtés du corps, et surtout si nous considérons l'hérédité, nous sommes forcés de reconnaître que la luxation des fémurs apportée en naissant est le résultat

d'un arrêt de développement dans les parties qui constituent l'articulation.

Nous savons que la cavité cotyloïde est le point de la réunion des trois os qui concourent à la formation de l'os coxal et que son creusement n'a lieu qu'après cette réunion. Si, dans le développement primordial de ces trois os, il y a un arrêt de développement, la cavité cotyloïde ne se formera pas, et alors elle restera rudimentaire ou incomplète; la portion formée se couvrira d'un cartilage diarthrodial, le point d'insertion du ligament inter-articulaire existera sur un point quelconque des rudiments de cette cavité, et de là ses insertions variables dans les divers cas, de là son insertion près du trou sous-pubien, de là ses insertions plus ou moins étendues. Mais il paraît que la cause qui agit sur le développement de l'os coxal porte aussi son action sur la tête et sur le col du fémur et sur les trochanters; car ces parties sont seules altérées dans leur configuration, le reste de l'os étant toujours conforme à l'état normal. La tête du fémur est le plus souvent rudimentaire, souvent même elle manque; il en est de même du col et des trochanters. Quand les uns et les autres existent complètement, ils présentent toujours une forme altérée qui prouve qu'ils n'ont pas été normalement formés dans le principe, et que les changements qu'ils éprouvent ne dépendent pas des effets de leurs changements de rapports, mais bien des effets d'un arrêt de développement. Un cas curieux est celui donné par Paletta, et dans lequel un tubercule s'élevait du fond de la cavité cotyloïde : ce cas, qui semble contradictoire aux arrêts de développement, ne les infirme en rien; il prouve seulement que cette cavité, qui, comme toutes les autres, doit se creuser, parce que primitivement elle n'existe pas et qu'à sa place est une partie cartilagineuse ou gélatineuse pleine, il prouve, dis-je, que cette cavité ne s'est pas creusée et que les points saillants sont les restes de ses rudiments : il prouve donc un arrêt de développement. La cause qui empêche la cavité cotyloïde de se former normalement agit sur les parties environnantes de l'os coxal, mais non pas sur ses points éloignés : aussi voit-on ceux-ci développés comme dans l'état naturel. Le même phénomène s'observe sur le fémur, car son corps et son extrémité inférieure ne présentent jamais aucune altération. C'est ainsi que, dans le bec-de-lièvre, nous trouvons seulement des changements dans les parties environnant la difformité, tandis que nous n'en voyons aucuns

un peu au delà. Dans les parties molles qui appartiennent à l'articulation, nous observons la capsule adhérente le plus souvent aux vestiges de la cavité cotyloïde, et ses altérations dépendent uniquement du déplacement consécutif du fémur dans la fosse iliaque externe : c'est ce qui se voit à la suite des luxations traumatiques non réduites. Le ligament inter-articulaire existe toujours avec des variations de forme qui démontrent positivement qu'il a été arrêté dans son développement normal. Ainsi la largeur de ses insertions prouve qu'à son état primordial il est confondu avec toutes les parties qui entourent l'articulation et que la force génitrice n'a pas été suffisante pour l'en détacher. Quant à son volume plus considérable ordinairement que dans l'état normal, il dépend de son excès d'action après la vie intra-utérine; il en est de même de l'excès d'épaisseur et de résistance de la capsule articulaire et de son état quelquefois cartilagineux. Enfin, les altérations de la fosse iliaque externe et des muscles sont, comme dans les luxations traumatiques non réduites, le résultat purement physique de la présence de la tête du fémur et des mouvements du membre.

La luxation apportée en naissant paraît exister d'un seul côté dans le plus grand nombre des cas; cependant, dans le relevé que j'ai fait, nous voyons que la proportion de fréquence est à peu près égale entre le nombre des luxations doubles et celui des luxations droites et des luxations gauches. Cette disposition semble prouver qu'il y a une cause originelle, et non une autre cause. En effet, quoique la position des membres abdominaux soit telle, pendant la vie intra-utérine, qu'on puisse avancer qu'une cause qui agit sur eux ait assez de force pour produire une double luxation, on ne peut faire une pareille supposition; car elle conduirait à admettre une violence assez considérable pour occasionner des désordres plus graves et peut-être la mort du fœtus. C'est ce qui devrait arriver si une violence extérieure produisait la luxation. C'est, ce me semble, ce qui devrait arriver encore si, dans la supposition de M. Pravaz, la luxation congénitale était le résultat de la cambrure originelle du rachis, parce que cette cambrure s'opposerait au développement normal des viscères abdominaux par suite de la pression qui serait exercée, d'une part, par la colonne vertébrale, et de l'autre, par les membres abdominaux. Enfin, on ne peut pas plus admettre une maladie de l'articulation, même pour les cas de luxation unique, car jamais on ne trouve aucun désordre qui puisse faire pré-

sumer cette maladie. Quant aux cas de luxations doubles, je pense qu'on n'a jamais eu l'idée de les supposer l'effet d'une maladie de l'articulation.

Une raison plus péremptoire encore en faveur de la cause originelle de la luxation des fémurs apportée en naissant est l'hérédité. Tout le monde sait que les vices de formation se transmettent par hérédité immédiate ou médiate, tandis que les difformités acquises ne se transmettent pas. Il en est des premiers comme de la ressemblance des traits du visage, de la forme du corps, de la couleur des yeux et des cheveux. Cette preuve serait peut-être la plus grande en faveur de l'opinion qui regarde comme cause de cette affection un arrêt de développement, si les connaissances anatomiques ne le démontraient pas. Le docteur Maissiat a donné l'observation très-curieuse d'une famille de Nantua, dont plusieurs individus ont été atteints héréditairement de la luxation originelle des fémurs. La personne la plus âgée de la famille, au moment de la publication de l'observation, est une femme de quatre-vingts ans, dont la nature de la maladie peut présenter quelques doutes. Cette femme, en effet, n'est devenue boiteuse qu'à l'âge de trente ans; mais, dans ses ascendants, dans ses collatéraux et dans ses descendants, on trouve des individus nés boiteux. Les ascendants sont : 1° deux tantes du côté maternel, mortes à l'âge de soixante et dix ans, et qui ont boité dès les premiers pas qu'elles ont fait, ou pour mieux dire, ont eu une claudication par vice des deux cuisses; car elles avaient les hanches hautes, grosses et brusquement saillantes, et les coudes très en arrière, et clochaient comme des canards; 2° une tante paternelle qui boitait du côté droit depuis sa naissance et qui vécut jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans. Dans les collatéraux, on trouve qu'une sœur de son père, bien conformée, eut une fille qui, au moment de sa naissance, présenta un raccourcissement du membre inférieur droit. Les descendants de cette femme qui présentent le vice originel qui nous occupe sont : 1° sa fille, qui a un raccourcissement congénital du membre droit; cette fille est née d'un mariage avec un homme étranger au pays et bien portant; 2° deux enfants de cette fille, issus de son mariage avec un homme bien fait, mais dont le père avait une luxation congénitale des deux fémurs. Ces deux enfants sont deux filles : l'une, âgée de vingt ans, qui a une luxation congénitale des deux fémurs; et l'autre, âgée de vingt-deux ans, qui a une luxation congénitale du fémur gauche. Cette observation très-curieuse manque

de renseignements exacts sur l'époque de l'origine de la claudication de la femme, qui en fait le sujet principal. Cependant on peut penser avec raison que cette femme était boiteuse de naissance, puisqu'aucune des causes de claudication dans l'âge adulte n'est indiquée. Au surplus, sa claudication serait survenue accidentellement, que ce fait ne diminuerait en rien l'intérêt qui s'attache aux autres faits rapportés dans l'observation. Le docteur Lehoux cite un cas aussi curieux que le précédent. Une dame, morte âgée de plus de soixante ans, avait présenté cette affection du côté droit. Elle a eu six enfants. Le quatrième, qui était une fille, avait la même difformité et à droite également. Elle a été mariée à un homme bien conformé, et le premier enfant qu'elle a eu, et qui était une fille, a présenté cette maladie des deux côtés. Une autre fille de cette même dame, bien conformée et mariée à un homme également bien conformé, a eu neuf enfants, dont le troisième, qui est une fille, offre la difformité du côté droit. Le professeur Sédillot cite l'observation d'une famille dans laquelle la mère avait une double luxation congénitale; le fils, une pareille maladie; et la fille, une luxation congénitale du côté gauche. De pareils faits sont trop saillants pour ne pas prouver l'hérédité. Or, comme nous savons que les vices de conformation héréditaires tiennent à un vice de développement, nous en pouvons conclure que la luxation congénitale du fémur est une conséquence d'une anomalie dans le développement de la cavité cotyloïde et dans celui de la tête et du col du fémur.

Cependant cette conclusion, qui nous semble la seule admissible, a été combattue par des hommes dont l'opinion est d'un grand poids dans la science, et a été appuyée sur des faits qui paraissent en faveur de la théorie qui veut que les luxations congénitales soient le résultat d'une violence. Les coups qu'avaient reçus certaines femmes qui ont mis au monde des enfants affectés de luxations congénitales, et les positions insolites de certains membres qui semblent avoir favorisé le développement de ces luxations, seraient des preuves très-fortes en faveur des violences, si les luxations n'existaient que d'un seul côté. Ainsi, les luxations congénitales du fémur dans la fosse iliaque externe, celles de l'humérus et du cubitus en arrière, celles du poignet, celles du pied, peuvent très-bien être expliquées ainsi. Mais comment expliquera-t-on les luxations doubles du fémur dans la fosse iliaque et celles du même os dans la fosse sous-pubienne? Supposera-t-on pour les premières une violence qui agit simultanément sur les deux

os? Cela est bien difficile, surtout quand on considère la fréquence relative des luxations doubles. Si ces luxations étaient comparative-ment très-rares, la supposition serait admissible; mais nous trouvons dans nos relevés qu'elles sont plus nombreuses que chacune des deux autres: or, nous ne pouvons pas admettre qu'elles puissent être dans la même proportion le résultat de l'action d'une violence sur les membres du fœtus. Nous savons d'ailleurs qu'il faut, pour la production des luxations, une action directe sur les membres, action que ne peuvent éprouver les membres de l'enfant. Aussi a-t-on argué de quelques cas de position insolite des membres en faveur de la production des luxations congénitales par la violence que les articulations éprouvent dans cette position; et c'est sur ce même principe que M. Pravaz base son opinion quand il attribue les luxations congénitales du fémur à la cambrure du rachis. Mais en admettant cette cause pour quelques cas exceptionnels de luxations coxo-fémorales, cas rares, et qui, s'ils étaient bien approfondis, pourraient ne pas rentrer tous dans le cadre des luxations congénitales que nous étudions, à cause de la coexistence d'autres anomalies, nous arriverons toujours à rejeter cette cause pour les autres luxations congénitales, car on ne peut démontrer pour elles, comme pour celles qui nous occupent, qu'une position insolite des membres les a produites. Aussi je crois que, dans l'état actuel de la science, on doit repousser du nombre des causes des luxations congénitales les violences extérieures. Doit-il en être de même de la troisième cause, l'action musculaire?

Nous ne pouvons pas nier l'influence de l'action des muscles sur les membres du fœtus: les mouvements qu'il fait dans l'utérus sont la preuve de cette action. Mais la question n'est pas là: elle est dans l'influence de l'action musculaire pour empêcher l'os de se placer dans sa cavité normale, ou pour en sortir s'il y est déjà. Si nous ne savions pas que la force de formation, que le *nisus formativus*, l'emporte chez le fœtus sur la contractilité et sur la contraction musculaire, nous pourrions penser que dans quelques circonstances, que dans quelques mouvements, les muscles peuvent s'opposer à cette force de formation. Mais une pareille supposition ne peut être faite, quand nous voyons naître tous les jours des enfants bien conformés, quoiqu'ils aient exécuté des mouvements très-forts dans l'utérus, quand nous voyons que les vices de conformation sont si rares, et surtout quand nous voyons que ce sont principalement les enfants