

molle, manifestement fluctuante, sans modifier la coloration de la peau et sans exciter en elle aucune réaction phlegmasique.

A la fin cependant le tissu cellulaire sous-cutané s'enflamme, la peau rougit, s'amincit, s'ulcère et livre passage à une quantité souvent énorme de pus séreux, fluide, mêlé de débris osseux et de flocons tuberculeux ramollis.

Une semblable évolution ne saurait s'accomplir sans troubler l'ensemble de l'organisme. Les frissons, la fièvre, les nausées, l'affaissement progressif et définitif des forces, tel est, en définitive, le funeste contre-coup de ces interminables suppurations et de leurs successives recrudescences. L'établissement des trajets fistuleux, sinueux et longs, la formation de clapiers où le pus séjourne, la sécrétion indéfinie d'une sanie fétide, l'intoxication putride, voilà les conséquences qu'ils donnent à redouter si on les abandonne à leur marche spontanée.

**Terminaisons.** — A. *Guérison radicale.* — Tant que persiste la période d'état, tant que le travail d'élaboration du pus n'est pas commencé, les lésions de la coxalgie se prêtent, sous l'influence d'un traitement rationnel, à une marche franchement et définitivement régressive. Ils gardent toujours vers les retours soudains une tendance insidieuse. Tel est leur double caractère.

B. *Mort.* — Lorsque les désorganisations ont dépassé cette période, lorsque les désordres dont la description précède se sont produits, on comprend que l'issue de la maladie doit être souvent funeste. La suppuration prend une fluidité extrême, une odeur âcre et fétide, la fièvre s'allume et présente chaque soir un redoublement, puis la diarrhée colliquative, l'émaciation, la coloration terreuse de la peau, l'œdème malléolaire, le marasme, sont les signes de l'intoxication putride à laquelle le malade ne tarde pas à succomber.

C. *Guérison avec infirmité.* — Cependant, outre qu'un traitement approprié est susceptible de conjurer une partie des dangers inhérents à la migration du pus osseux, même en face d'altérations très-prononcées dans l'article, la guérison est encore possible.

Larrey (1) a laissé des documents très-démonstratifs à cet égard.

Maisonneuve (2) rapporte des cas de guérison obtenue dans les circonstances les plus graves.

Martin et Collineau (3) donnent à l'appui des doctrines qu'ils ont développées une série d'observations propres à confirmer cette assertion.

Dans de semblables conditions, à la vérité, les altérations subies par les extrémités articulaires sont trop profondes pour autoriser l'espoir de voir jamais le membre recouvrer l'intégrité parfaite de ses fonctions. Mais d'abord les malades peuvent être rappelés à la vie; puis la claudication qu'ils conserveront inévitablement peut n'opposer à la locomotion qu'une entrave et non un obstacle absolu.

**Complications.** — Les principales complications que la coxalgie peut entraîner à la suite sont : 1° l'*ankylose*, 2° la *luxation*.

1° *Ankylose.* — Ce mot vicieux de terminaison n'est pas très-rare. D'après les recherches de E. Lacroix (4), il existe trois variétés d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Dans la première, les ligaments sont ossifiés : la nature des désordres que la coxalgie engendre rend très-exceptionnelle une éventualité semblable.

(1) Larrey, *Mémoires et campagnes de chirurgie militaire*, p. 412 à 417. Observation. Coxalgie avec destruction presque complète de la tête fémorale et altérations profondes du rebord cotyloïdien. Abscess par congestion. Déviation simulant une luxation spontanée. Guérison.

(2) Maisonneuve, *loc. cit.*, p. 258.

(3) Martin et Collineau, *loc. cit.*, p. 597 à 426 (Observations).

(4) Lacroix, *De l'ankylose*. Paris, 1843, in-4°.

La deuxième variété tient à une augmentation de volume de la tête du fémur ou à la diminution d'étendue de la cavité cotyloïde.

La troisième enfin, qui est la plus fréquente, est due à la soudure directe des surfaces osseuses.

2° *Luxation.* — L'expulsion de la tête fémorale hors de sa cavité naturelle a été considérée par les auteurs comme une conséquence presque inévitable de la coxalgie. Érigeant même la luxation en phénomène essentiel, plusieurs auteurs avaient donné à la maladie le nom de *luxation spontanée* dont je parle un peu plus loin. Palletta, un des premiers, a signalé l'exagération d'une semblable doctrine. Larrey ensuite a particulièrement contribué à déraciner cette erreur, qui tant de fois a fait prendre le change aux observateurs touchant la véritable acception des déviations et des modifications apparentes ou réelles dans la longueur du membre.

Martin et Collineau (1) consacrent un chapitre de leur livre à démontrer que la luxation dans la coxalgie est purement accidentelle, et n'a aucun des prétendus caractères de spontanéité qu'on lui accorde.

« La coxalgie, selon ces derniers auteurs, offre dans sa marche une tendance remarquable aux exacerbations et aux rémittences, aux saccades. Abandonnée à elle-même, après une de ses périodes de rémittence, la lésion fera plus tard un progrès nouveau. Aux dépens des parties articulaires, la sécrétion du pus augmentera. Un temps viendra que le ligament capsulaire, dilacéré, sera réduit à d'inutiles lambeaux, que le rebord cotyloïdien sera résorbé par la carie, ou bien que la tête du fémur, si elle n'est pas détachée de son col et flottante dans l'article, sera réduite de deux tiers de son volume. Alors, sous l'influence de quelque brusque contact, si tant est que l'organisme résiste jusqu'au jour de l'accident, les débris de la tête fémorale pourront être chassés hors de leur cavité naturelle. »

**Diagnostic.** — Distinguer la coxalgie d'une autre affection ayant pour siège la racine du membre pelvien, n'est pas, suivant Nélaton, chose bien difficile. Cependant, pour éviter les erreurs qu'engendrent des similitudes plus apparentes que réelles, il suffit que l'esprit soit bien pénétré des symptômes spéciaux à la maladie dont il s'agit de reconnaître la présence.

Un problème plus ardu et plus délicat, selon Maisonneuve, est celui de « déterminer à quelle espèce appartient la coxalgie en présence de laquelle on se trouve, quels sont les tissus affectés, quelle est la nature des altérations qu'ils ont subies ».

Martin et Collineau (2) ont apporté à cette étude un soin particulier. Je leur emprunte les conclusions de la discussion qu'ils ont ouverte sur ce point, et le tableau synoptique dont ils les ont suivies.

1° Au début de la coxalgie, l'allongement apparent du membre avec demi-flexion, abduction et rotation externe, indique que le *summum* des lésions porte sur l'appareil ligamenteux, si même leur siège n'est exclusivement limité à cet organe.

Le raccourcissement avec demi-flexion, adduction et rotation interne, dénote que les lésions ont pour point de départ les extrémités osseuses.

2° Pendant le cours d'une coxalgie, la substitution du raccourcissement, de l'adduction et de la rotation externe, à l'allongement apparent, à l'abduction et à la rotation externe, signifie que les lésions, d'abord limitées aux parties molles de l'article, ont envahi les parties osseuses, et que les altérations subies par celles-ci dominent désormais la scène.

(1) Martin et Collineau, *loc. cit.*, chap. IV, art. 1<sup>er</sup> : *De la luxation dite spontanée*, p. 338 à 354.

(2) Martin et Collineau, *loc. cit.*, p. 428 à 430.

3° En l'absence de signes positifs de luxation, plus le degré de raccourcissement, plus celui de l'abduction sont prononcés, plus il y a lieu de conclure que la dépression de la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien est considérable.

C'est à la période d'état que ces signes acquièrent tout leur relief sans rien perdre encore de leur intégrité. Le tableau synoptique suivant, en groupant autour d'eux les phénomènes d'ordre secondaire dont ils s'accompagnent d'habitudes permet d'établir un parallèle entre l'aspect des deux formes que la coxalgie est susceptible de revêtir.

## COXALGIE CAPSULAIRE.

## COXALGIE OSSEUSE.

## 1° Déviations et altérations de longueur du membre.

Allongement apparent, demi-flexion, abduction, rotation externe.	Raccourcissement réel, demi-flexion, adduction, rotation interne.
--	---

## 2° Douleur.

Vive dès le début. Martyrisante. Prédominante au genou pendant un laps de temps plus ou moins long. Avec ou sans exacerbations nocturnes.	Sourde au début, nulle souvent, profonde sans être violente, prédominante au genou à une époque assez éloignée du début.
Soubresauts, contractions spasmodiques.	Exacerbations nocturnes, surtout lorsque l'affection se lie à la syphilis. Contractions spasmodiques, seulement lorsque les désordres ont acquis un degré avancé.
Prompte impossibilité de la marche.	Claudication entravant la marche longtemps avant de la rendre impossible.

## 3° Changement dans le volume de la fesse.

Au début : empatement. Après un temps variable : dépérissement, aplatissement, flaccidité, élongation apparente.	Au début : aspect normal. Après un temps variable : dépérissement, aplatissement, flaccidité, élévation du pli fessier.
---	--

## 4° Abscess.

Abscess circonvoisins fréquents dès les premiers temps, indépendants de lésions profondes.	Suppuration très-tardive, due à des lésions très-avancées. Abscess ossifluents.
--	---

## 5° Réaction fébrile.

Ordinaire au début, liée à un état inflammatoire aigu, cède pour faire place à une demi-chronicité, et pour reparaitre à la période de suppuration. Peut être extrêmement violente dès les premiers jours.	Nulle. Tarde jusqu'au moment où les lésions compromettent l'intégrité de toutes les parties constituantes de l'article. Apparait avec l'élaboration du pus.
---	---

**Pronostic.** — Quel que soit le siège précis des lésions articulaires qui l'ont déterminée, la coxalgie est toujours une maladie grave en raison de sa tendance aux rechutes et des difformités qu'elle entraîne. La coxalgie capsulaire offre des conditions de curabilité plus avantageuses, parce que ses lésions présentent pour la résolution une aptitude plus grande. La rapidité avec laquelle le squelette affecté d'ostéite se déforme confère à la coxalgie osseuse, même lorsque la lésion s'en tient à son acception la plus simple, une plus haute gravité. L'existence de la carie, celle de la tuberculisation, la présence d'abscess ossifluents, les conséquences de leurs migrations, tel est l'ensemble de circonstances qui portent en elles les plus redoutables dangers.

**Traitement.** — La thérapeutique de la coxalgie a pour but d'arrêter le travail phlegmasique de l'articulation coxo-fémorale : 1° au moyen des agents thérapeutiques généraux ; 2° à l'aide des médicaments topiques ; enfin 3° au moyen des appareils destinés à immobiliser l'articulation.

1° *Agents thérapeutiques généraux.* — Ces agents sont destinés à modifier l'ensemble de l'économie ; leur opportunité et leur choix varient selon la diathèse sous l'empire de laquelle se trouve l'organisme.

A la syphilis conviennent spécialement les mercuriaux et les préparations iodées. Au lymphatisme et à la scrofule s'adressent par excellence tous les reconstituants, depuis l'huile de foie de morue, l'arsenic, l'iode de potassium, les préparations quiniques, jusqu'aux sulfureux et aux chlorures sodiques indiqués au chapitre de la scrofule. A ces diverses préparations médicamenteuses, doit être associé, dans les conditions expresses de leur indication, un régime analeptique.

2° *Agents thérapeutiques locaux ou topiques.* — Leur but est commun : c'est celui d'arrêter le travail phlegmasique de l'articulation. Ces agents locaux sont : 1° les *antiphlogistiques*, 2° les *résolutifs*, 3° les *révulsifs*.

Les *antiphlogistiques* trouvent leur indication dans l'existence de l'état inflammatoire franchement aigu, tel qu'on l'observe chez les sujets vigoureux, au début de la maladie, et, en particulier, lorsqu'elle a pour cause quelque traumatisme. Mais d'une manière générale, au commencement d'une affection dont la durée est généralement longue, et dont la tendance à la forme subaiguë ou chronique est manifeste, on ne saurait qu'être très-réservé de larges émissions sanguines.

Les *résolutifs* ne sont doués que d'une influence très-restreinte pour arrêter la progression des troubles de la coxalgie. Leur principal danger est d'inspirer une confiance illusoire qui peut faire perdre un temps précieux. Quant aux *révulsifs*, ils ne sont utiles qu'au début du mal, car, s'il est très-avancé, il n'y a plus beaucoup à compter sur leur action curative, et par l'affaiblissement qu'ils produisent chez les malades, ils sont plus sensibles que favorables.

On ne doit employer les révulsifs qu'au début de la coxalgie, en combinant leur action à celle du repos au lit, pendant quinze jours, la tête sur un oreiller de crin, sans qu'il soit permis au malade de se mettre sur son séant, même pour manger.

Parmi les révulsifs à employer concurremment avec le repos, il faut citer la *teinture d'iode*, mise matin et soir sur le pli de l'aîne et au creux de la fesse jusqu'à desquamation de l'épiderme ; le *sélon* (moyen très-vanté par Brodie, et délaissé complètement aujourd'hui) ; les *vésicatoires volants successifs*, dont l'usage est encore très-commun de nos jours ; la *cautérisation* (raies de feu, cautérisation transcurrente, cautérisation ponctuelle, épidermique, ne produisant pas de suppuration ; ou bien des agents escharotiques : pâte de Vienne, potasse caustique, etc.). Ces moyens, d'une utilité incontestable contre les arthrites développées dans des jointures superficielles, ne sont pas d'un aussi grand avantage dans la coxalgie, parce que le siège de la lésion et le point où s'applique le topique sont trop distants l'un de l'autre, mais, au début du mal, tant qu'il n'y a pas de suppuration ni désorganisation de la hanche, il faut en prescrire l'usage.

Boyer donnait le conseil de recourir à des applications successives du remède *jusqu'à cessation des phénomènes morbifiques*, mais cela n'est pas toujours possible, et il peut arriver que les souffrances entraînées par la vésication troublent le repos, excitent les contractions spasmodiques des muscles, et jettent les malades dans un état nerveux, dont on a plus tard grand-peine à se rendre maître.

3° *Appareil.* — Combinés entre eux ou isolés, les procédés curatifs dont il vient d'être fait mention sont insuffisants si l'on ne remplit l'indication fondamentale, qui

est de *placer dans le repos* les organes malades, en *immobilisant le membre inférieur*.

Les travaux de Malgaigne et de Bonnet ont puissamment contribué à mettre en lumière l'urgence de l'immobilité dans le traitement des arthropathies. Considérant, d'autre part, que dans la coxalgie *la fixité de l'articulation est illusoire en dehors de l'application d'appareils appropriés*, le chirurgien de Lyon imagina l'appareil connu dans la science sous le nom de *gouttière de Bonnet*, et qui consiste en effet dans une gouttière solide emboîtant tout à la fois les deux tiers postérieurs des membres abdominaux, et les deux tiers postérieurs du bassin et de l'abdomen. Sa forme est celle d'un pantalon allongé dont le tiers antérieur aurait été enlevé, et qui présenterait en avant une ouverture susceptible d'être élargie ou resserrée. Dans la gouttière de Bonnet le membre est allongé, étendu et maintenu dans l'extension au moyen d'un collier de peau, serré au-dessous du genou et fixé aux parois de l'appareil par des lanières latérales. Le bassin, reçu dans la partie correspondante de la gouttière, doit, pour y être bien soutenu, cesser de s'incliner en avant.

La gouttière de Bonnet, d'un emploi très-facile et très-avantageux, a, depuis, servi de modèle à un grand nombre d'appareils analogues, qui, comme elle, ont pour but d'immobiliser la jointure malade et pour principe de placer le membre dans l'extension. Le choix de cette position n'est cependant pas approuvé par MM. Martin et Collineau, qui considèrent comme dangereuse l'extension en ligne droite du membre affecté, et qui préfèrent « une action extensive et contre-extensive permanente, qui » *n'oblige pas la cuisse à quitter la position demi-fléchie*, et qui puisse être graduée avec une facilité extrême, et suivant les exigences cliniques individuelles, » et suivant celles que chaque journée de traitement fait surgir. »

Pour arriver à remplir ces indications fondamentales, nous employons la gouttière de Bonnet, ou bien l'appareil simplifié de l'hôpital des Enfants malades (fig. 168), ou enfin l'appareil de Martin et Collineau (fig. 169).

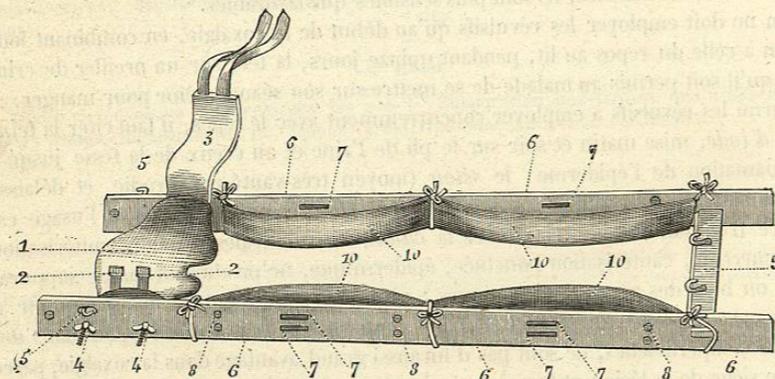


FIG. 168. — Appareil imité de A. Bonnet pour la coxalgie, par Giraldès (\*).

Cet appareil se compose de deux parties distinctes : l'une est destinée à pratiquer l'extension et l'autre la contre-extension. Ces deux parties sont unies entre elles par une longue attelle (fig. 170).

(\*) 1, plaque de tôle concave rembourrée d'étoupe ou de crin, pour servir d'appui au siège du malade, fixée de chaque côté à une attelle 6, 6, 6, 6, par des vis à écrou 4, 4; 6, 6, 6, 6, de chaque côté de l'appareil avec une traverse inférieure 9, garnie de deux crochets pour la contre-extension; 5, 5, crochet supérieur existant sur chaque attelle pour fixer le bassin par des sous-cuisses; 10, 10, 10, coussins de balle d'avoine en dedans des attelles; 7, 7, 7, mortaises pour passer des liens et fixer les membres inférieurs; 8, 8, 8, trous de l'attelle pour passer des liens; 2, 2 et 3, ceinture à deux boucles faisant suite à la plaque de tôle concave pour fixer le bassin dans l'appareil.

La partie de la contre-extension est composée d'une ceinture d'acier, qui doit entourer le bassin à distance sans le toucher en aucun point, si ce n'est en arrière où elle est garnie d'une large plaque rembourrée, sur laquelle vient reposer la région sacro-lombaire. Cette ceinture présente une série de boutons servant à attacher les



FIG. 169. — Appareil de Ferd. Martin. — Attelle servant de conducteur à la partie de l'extension.

sous-cuisses qui doivent venir reposer sur le périnée et exercer la contre-extension. Pour plus de facilité dans l'application de l'appareil, cette ceinture est formée de trois pièces séparées (A, B, C, fig. 172) qui, lorsqu'elles sont réunies, forment un cercle complet (fig. 171).

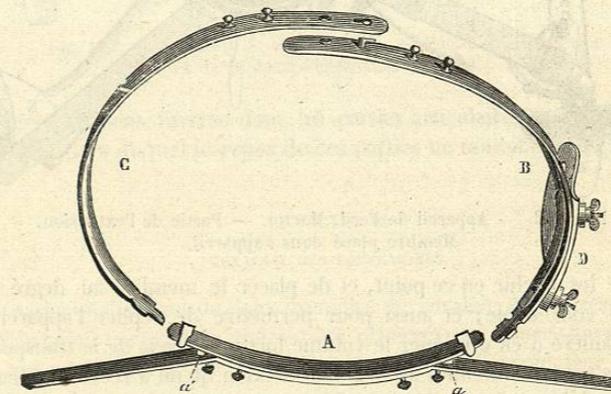


FIG. 170. — Appareil de Ferd. Martin. — Partie de la contre-extension. Ceinture désarticulée.

L'assemblage de ces trois pièces a lieu au moyen d'une partie rétrécie qui présente l'extrémité de chacune des pièces latérales (fig. 170, B, C), et qui sont reçues dans deux petits pontets (a et a') placés de chaque côté de la pièce lombaire (A).

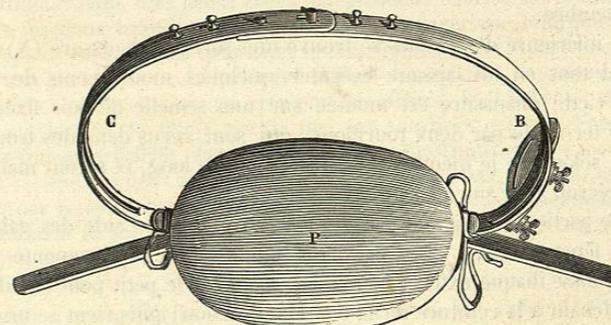


FIG. 171. — Appareil de Ferd. Martin. — Partie de la contre-extension. Ceinture articulée munie de son coussin.

Un arc de cercle (D) portant au milieu de sa face externe un petit pont, une sorte de mortaise destinée à recevoir le tenon de fer de la longue attelle, est monté sur l'une des pièces latérales de la ceinture, et est maintenu au degré d'inclinaison que

l'on juge convenable par deux boutons à vis qui sont reçus dans une coulisse pratiquée à travers la pièce latérale. Cet arc de cercle doit toujours être placé du côté du membre malade.

La partie de l'extension consiste en deux attelles latérales (fig. 172, G, G) assemblées entre elles par trois demi-cercles d'acier (H, H, H) qui les maintiennent au degré d'écartement nécessaire pour que le membre ne soit jamais comprimé par elles; en d'autres termes, qui les réunissent de manière à former ensemble une sorte de gouttière à jour, laquelle embrassera la partie antérieure de la jambe et de la cuisse sans les toucher. Ces attelles sont articulées à la hauteur du genou pour

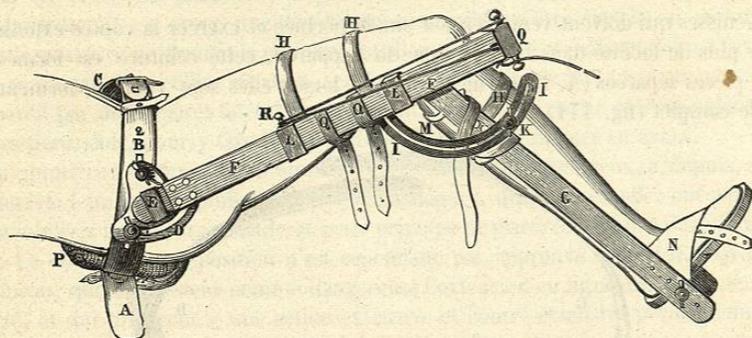


FIG. 172. — Appareil de Ferd. Martin. — Partie de l'extension. Membre placé dans l'appareil.

permettre de les fléchir en ce point, et de placer le membre au degré de flexion qu'on jugera convenable; et aussi pour permettre de replier l'appareil sur lui-même, de manière à en diminuer le volume lorsqu'il s'agit de le transporter.

Ces attelles sont maintenues au degré de flexion qu'on a reconnu nécessaire, au moyen d'un arc de cercle (I) qui sera fixé par une vis de pression (K).

La portion fémorale des attelles présente de chaque côté deux gaines de fer (L, L) destinées à loger la longue attelle (F, F), à glisser sur elle et par conséquent à servir de curseur à tout le système de l'extension.

Une large courroie rembourrée (M), fixée sur la partie supérieure de la portion jambière des attelles, vient reposer sur le mollet, et c'est par elle que s'opère l'extension du membre.

A la partie inférieure des attelles se trouve une sorte de chaussure (N) qui maintient le pied tout en lui laissant exécuter quelques mouvements de flexion et d'extension. Cette chaussure est montée sur une semelle de bois fixée sur une tringle de fer terminée par deux tourillons, qui sont reçus dans des trous plus ou moins élevés, selon que le membre sera plus ou moins long, et seront maintenus en place par un écrou vissé sur leur extrémité.

Toute cette partie de l'appareil est montée à coulisse, à l'aide des gaines de fer de la portion fémorale (L, L), sur la longue attelle (F, F) qui remonte jusqu'à la hauteur de la fosse iliaque externe, où elle se fixe sous le petit pont (E) de l'arc de cercle (D) attenant à la ceinture de la contre-extension; puis vient se prolonger en avant jusqu'au delà du genou, en suivant l'axe de la cuisse, et se terminer par une sorte de T ou béquillon (Q) sous lequel est fixée l'extrémité de la corde qui doit servir à pratiquer l'extension.

Enfin (fig. 173) une seconde courroie (o, o, o), réfléchi sur les attelles fémorales, comme l'est la courroie (M) sur les attelles jambières, est destinée à supporter la partie moyenne de la cuisse.

On le voit, en exerçant, d'une part, sur le membre une extension et une contre-extension modérées, et, d'autre part, en fixant la cuisse dans un degré de flexion appropriée aux exigences morbides individuelles, cet appareil établit entre les puis-

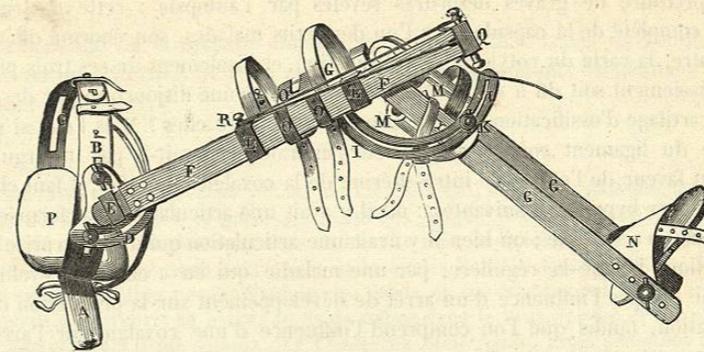


FIG. 173. — Appareil de Ferd. Martin. — Partie de l'extension et de la contre-extension montées.

sances dirigées en sens inverse dont les parties articulaires subissent l'action, un *équilibre* en dehors duquel le *repos* de ces parties ne saurait être qu'illusoire.

## ARTICLE II

## COXALGIE DES NOUVEAU-NÉS

Je vais parler maintenant de deux exemples de coxalgie du nouveau-né, accompagnés de luxation congénitale, qui ont été observés par Morel-Lavallée. Ce sont des faits qui en attendent encore d'autres avant de recevoir leur véritable signification.

OBSERVATION. — Les deux enfants présentaient les signes d'une coxalgie très-ancienne et presque identique. Dans les deux cas, extension de la cuisse, flexion légère du genou, longueur normale du membre, direction naturelle du pied, mobilité extrêmement exagérée du fémur, dont la tête se promène sur tous les points d'une large zone autour du cotyle, sans crépitation. Dans les deux cas, constitution chétive, épistaxis ultime. Dans tous deux, abcès phlegmoneux énorme de la hanche, embrassant entre les deux branches d'un prolongement supérieur bifurqué l'os des îles, dont il recouvre ainsi la face externe et la face interne, et occupant par un appendice inférieur une grande partie de la longueur de la cuisse; dans tous deux, la capsule et le bourrelet ne sont représentés que par des débris, le ligament rond que par un rudiment cotyloïdien, la tête fémorale que par son tiers externe, l'acétabulum que par une cavité superficielle, dont les trois pièces constitutives sont morbides et dont deux sont cariées, les deux mêmes; enfin, dans les deux cas, il y avait luxation directe en dehors par refoulement. Les deux pièces anatomiques se ressemblaient tellement, qu'en examinant la seconde, le conservateur du musée Dupuytren a cru reconnaître la première.

La lésion remontait-elle bien réellement à la vie fœtale? C'est un point qui n'a pas même été l'objet d'un doute pour les personnes qui ont vu les pièces, et parmi lesquelles je citerai Velpeau, Bouvier, Danyau. Cette opinion d'hommes compétents vaut une démonstration, parce qu'elle est le résultat de l'exacte appréciation des faits. Effectivement, ces enfants avaient l'un six et l'autre onze jours quand la manifestation extérieure de l'affection était à son maximum.

Est-il admissible que le début de cette affection soit postérieur à la naissance, et qu'elle ait atteint en aussi peu de temps un développement qu'elle acquiert rarement chez l'adulte en plusieurs mois, et que, dans les deux cas, quinze jours aient suffi à produire de graves désordres révélés par l'autopsie : cette destruction presque complète de la capsule chez l'un des petits malades, son énorme dilatation chez l'autre, la carie du cotyle et sa déformation, et l'isolement de ses trois pièces, que cet isolement soit dû à un défaut de réunion ou à une disjonction par destruction du cartilage d'ossification destiné à les souder entre elles ? Mais l'état si rudimentaire du ligament rond et de la tête fémorale ne serait-il pas un argument décisif en faveur de l'existence intra-utérine de la coxalgie ? En effet, il faut choisir entre les deux hypothèses suivantes : ou il y avait une articulation mal formée que l'inflammation a envahie ; ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa formation, jusque-là régulière, par une maladie qui en a entravé l'évolution. Or, on ne sait pas l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une inflammation, tandis que l'on comprend l'influence d'une coxalgie sur l'arrêt de développement.

Tout dans ces deux faits, jusqu'à la constitution misérable des deux enfants, qui révèle une atteinte profonde et de longue date, tout force à placer le début de la maladie en deçà de la naissance, et même à une époque assez reculée.

Faut-il maintenant poser en principe que les luxations congénitales du fémur s'expliquent toutes par une coxalgie ou par une hydarthrose, par une maladie articulaire ? Cela ne ressort pas des faits connus. Il y a des anomalies articulaires qui semblent pouvoir ne s'attribuer qu'à un dérangement complet des lois naturelles de la formation des organes. C'est ainsi qu'on peut expliquer le fait présenté à la Société biologique, dans lequel on vit une épaule où les surfaces articulaires étaient renversées : la tête était sur le scapulum, et la cavité avec son bourrelet glénoïdien sur l'humérus. De telles anomalies ne sont pas l'effet d'une maladie, et Vrolik en a rencontré d'aussi bizarres à la hanche ; mais ce sont là des exceptions extrêmement rares.

De ces deux faits, Morel-Lavallée a cru devoir conclure que :

- 1° La coxalgie existe chez le fœtus.
- 2° Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez l'adulte, a produit une nouvelle espèce de luxation : *directement en dehors et en bas*.
- 3° Des cas plus obscurs, où il n'y avait que du pus en petite quantité, s'éclaircissent par les précédents et se rangent à côté d'eux.
- 4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé avec la luxation qu'une dilatation de la capsule et une légère augmentation de la synovie, l'hydarthrose avait causé le déplacement.
- 5° Les cas de luxation avec hypertrophie du peloton adipeux cotyloïdien se rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la cavité, dont l'accumulation du liquide avait chassé la tête ; ou bien en même temps que la synovie augmentée repoussait la tête, le gonflement simultané du peloton graisseux concourait au même but.
- 6° En dernière analyse, la luxation congénitale du fémur reconnaît généralement pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose.

Tous ces faits, je dois le dire en terminant, sont trop peu nombreux pour autoriser à écrire l'histoire des maladies articulaires de la hanche chez le nouveau-né, et je me borne à les enregistrer en attendant de nouvelles observations.

## CHAPITRE III

## LUXATION

Les luxations de la seconde enfance sont entièrement celles de l'adulte qu'on trouve partout décrites. Je veux parler de quelques luxations congénitales pour en indiquer l'existence.

## § I. — Luxation de l'épaule.

OBSERVATION. — J'ai vu un enfant de six mois qui, depuis sa naissance, ne pouvait remuer les bras gonflés et paralysés jusqu'aux doigts. Il était né par les pieds et on l'avait tiré de l'utérus, les deux bras en haut le long de la tête. Je crus ne pas trouver la tête de l'humérus sous l'acromion et la sentir dans la fosse axillaire. Je fis une très-violente traction perpendiculaire au corps et un craquement sec m'avertit que l'humérus avait repris sa place. Je fis de même dans le bras opposé. Il n'y eut pas de craquement, mais il me sembla que l'humérus était remis. Trois semaines après, on me ramena l'enfant ; l'un des bras fonctionnait bien et l'autre était toujours paralysé. Croyant à la non-réduction de ce côté, je fis un nouvel et violent effort qui fut accompagné d'un craquement sec scapulaire. L'humérus était à sa place et l'enfant guéri d'une double luxation de six mois.

## § II. — Luxation du genou.

Les luxations congénitales du genou sont très-rares, et à ce titre je publie l'exemple observé par Dubrisay. Il est d'autant plus remarquable que l'enfant a guéri en quinze jours.

OBSERVATION. — Madame X..., âgée de vingt et un ans, parfaitement conformée, enceinte pour la première fois, avait eu une grossesse très-régulière et sans le moindre accident, quand à huit mois et demi, le 25 février 1873, elle fit une chute dans sa chambre : elle tomba sur les mains et sur un genou. Elle fut très-effrayée de cette chute, mais n'en éprouva aucune fâcheuse conséquence.

L'accouchement eut lieu quinze jours après, le 10 mars 1873. Les douleurs durèrent en tout trois heures : l'enfant se présenta par la tête et sortit très-facilement.

Avant même que le cordon n'eût été coupé, nous avions déjà constaté que l'articulation fémoro-tibiale gauche présentait un vice de conformation. La jambe gauche, par un double mouvement d'extension forcée et de rotation interne, était repliée en avant, au devant de la cuisse et de la paroi abdominale : l'extrémité du pied gauche arrivait au contact du flanc droit. On ramenait facilement le membre à l'extension simple, puis à la flexion : le mouvement de flexion était facile et normal soit spontanément par la volonté de l'enfant, soit artificiellement par une main étrangère, mais dès que le membre était abandonné à lui-même, si l'enfant le ramenait à l'extension, la jambe ne s'arrêtait plus à la ligne droite et le déplacement se reproduisait. D'ailleurs, dans aucun mouvement l'enfant ne paraissait ressentir la plus légère douleur.

En examinant les parties on constatait les faits suivants : les deux membres inférieurs étaient exactement de même longueur et de même volume ; les deux genoux étaient identiques comme volume et comme conformation.

Au toucher, le genou gauche était à demi fléchi ; on trouvait la rotule à sa place normale ; les extrémités du tibia et du fémur étaient régulièrement conformées ; les muscles et les tendons fonctionnaient de la même manière et faisaient les mêmes saillies sur les deux membres. Pendant la flexion, spontanée ou communiquée, les extenseurs n'étaient pas contracturés ; les tendons fléchisseurs, au contraire, formaient de chaque côté, en arrière, de petites cordes tendues et raides, entre lesquelles se trouvait le creux du jarret.

Si on laissait se reproduire, en toute liberté, le déplacement, la jambe formait avec la cuisse un angle aigu, ouvert en avant, au fond duquel la peau et les muscles de