

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

L'histoire médico-chirurgicale de la coxalgie remonte aux temps les plus reculés.

Hippocrate en parle dans son traité *de Articulis*¹; dans ses Aphorismes², il indique positivement la luxation spontanée; il signale l'emploi du feu comme d'une grande efficacité dans cette affection.

Asclépiade le Bithynien³, qui cite deux cas de luxation spontanée, attribue le déplacement à une production charnue de l'intérieur de l'articulation.

Celse⁴ n'en dit que quelques mots; encore prêtent-ils à des interprétations fort diverses.

Galien⁵ signale le relâchement du ligament rond, résultant lui-même d'une accumulation d'humidité dans la jointure.

Dans une seconde période, en 223, Cœlius Aurelianus⁶ signale les percussions sur la hanche, et les mouvements exagés

¹ Hippocrate, éd. de l'*Encyclop.*, 270.

² Hippocrate. « Quibuscumque a coxendicium morbo vexatis coxa excidit et rursus incidit, hi mucii accidunt quibuscumque a coxendicium morbo diuturno vexatis coxa excidit his crus tabescit, claudicant si non usti fuerint. » (*Aphor.*, sect. vi, 59, 60.)

³ Asclépiade. « Uni parii, qui neque percussus neque allisus, sed crus initio dolens, cum decubisset ultra tres menses, distractus est et caput femoris in exteriorem partem eiecit, ob nimiam dolorum violentiam id passus, ut ego censeo. Alteri vero adolescenti cuidam tragædo nam et huic sine manifesta itidem causa ab ischiade femur extrorsum prolapsum est, carne ob inflammationem divellente, articulum, atque e sua sede expellente. » (*Collect. Nicet.*, p. 155.)

⁴ Celse. « Harum (coxarum) ingens dolor esse consuevit, isque homine sæpe debilitat et quosdam non dimittit, eoque id genus difficillime curatur quod fere post longos morbos vis pestifera huc se inclinat. » (*Lib. IV*, cap. 1, sect. viii.)

⁵ Galien. « Sæpe in articulos humor pituitosus acervatur, quem mucorem appellant: a quo madefacta articulationis ligamenta, laxiora reddantur, atque ideo facile, a cavitate articulis excidit, et rursus non cum difficultate incidit, quæ nunc ait accidere iis, qui ita morbo laborant coxindica. » (*Comment. IV in Hippocrat. de Articulis.*)

⁶ Cœlius Aurelianus, *de Ischiadicis et psadicis*, lib. V, t. II, p. 354 (édit. in-8°, Haller). « Tum cum passio tardaverit, cessante nutrimento, cruris totius tenuitas fit, quam græci atrophiam appellant, incipiens a clunibus, sive ab inferioribus locis, adstante debilitante et sæpe conductis partibus brevitate cruris, aut ultra naturam longitudine passionis distensione suffecta, ut in paralysin veniat, aut ipsius vertebra durate partes extensiores fiant. »

rés d'abduction du membre comme cause de la maladie; il indique encore la douleur du genou et même du pied, l'atrophie, le raccourcissement du membre et même l'inclinaison du bassin.

Paul d'Égine¹, en 656, consacre un chapitre spécial à la maladie des hanches, qui, dit-il, diffère peu de la maladie articulaire; il signale l'accumulation de liquide dans l'article, et la douleur qui se propage dans toute la longueur du membre. Vers le dixième siècle, Avicenne² ne fait guère que reproduire les idées de Galien et d'Hippocrate; au onzième siècle, Albucasis³ établit, d'une manière explicite, que des mucosités, s'accumulant dans l'articulation de la hanche, en occasionnent la luxation; que l'on reconnaît cette luxation au défaut de niveau des deux membres et au vide qui s'observe à l'endroit du déplacement.

Guy de Chauliac⁴, Ambroise Paré⁵, ne nous apprennent rien de particulier sur cette affection, et ne semblent même pas, quant à la description des faits connus, au niveau de leurs prédécesseurs.

En 1628, Fabrice d'Aquapendente⁶ consacre plusieurs pages de son livre à la coxalgie; il établit que le fémur se déplace, tantôt parce qu'une humeur épaisse et concrète remplit la cavité cotyloïde et repousse la tête de l'os, tantôt parce que les

¹ Paul d'Égine, liv. III, chap. lxxvii. « Coxendicis ab articulari morbo nihil differt, nisi quod ipsius causa. Nempe crassus pituitosusque humor in sola coxarum compagine articuloque concretus insideat. Dolor ipsis a nasibus inguinibusque ad genua usque in plurimis autem ad summum usque ad pedem pertinet. »

² Avicenne, lib. III, fen. XXII, tract. II, cap. v, p. 411.

³ Albucasis. « Quando effunduntur humiditates mucosæ ad pixidem anchæ et fiunt causa exitus ejus a loco suo et signum illius est quod prolongatur crus super alterum, quando comparant ad invicem et invenitur locus dislocationis in eo vacuus. » (*Chirurg.*, pars I, cap. xlii.)

⁴ Guy de Chauliac, *Grande chirurgie*, p. 412; Bordeaux, 1672.

⁵ Ambroise Paré, édité de M. Malgaigne, t. II, liv. XIV, chap. xl.

⁶ Fabrice d'Aquapendente. « Quod vero ad coxendicis articulum arendum atinet, si os femoris a pituita crassa, et in acetabulo super exsiccata, obdurataque a cavitate deturbatum est, ferramentum candens adigere, qua excidit, oportet, in cavitate ea, quæ a femore excidente efformata est; sic enim materia inibi subjecta evocabitur: sed si femur elapsus est a copia humiditatis ligamenta relaxantis, ita ut femur, et excidat, et recidat, oportet perpetuo comburere eam partem, ad quam prolapsum femur est, ubi prius repositum femur est in suam cavitatem. » (*Opera chirurg.*, pars I, cap. cvii.)

ligaments, abreuvés d'une humidité abondante, n'opposent plus assez de résistance. Dans l'un et l'autre cas il conseille l'application du cautère actuel.

Malgré tous ces travaux, l'histoire de la coxalgie était encore bien imparfaite, quand, en 1722, parut le mémoire de J. L. Petit; dans ce travail important¹, l'illustre chirurgien présente la question sous un nouveau jour; et, bien que la plupart de ses idées n'aient point été généralement admises, il n'en reste pas moins établi que c'est à lui qu'appartient l'honneur d'avoir le premier tracé l'histoire de l'affection qui nous occupe. Cette luxation, dit-il, est causée par la contusion qui résulte d'une chute sur le grand trochanter. La synovie, en s'amassant dans l'article, chasse la tête du fémur. La cuisse commence à ce raccourcir avant que la tête du fémur soit entièrement sortie; cela tient à la forme sphérique de la tête: celle-ci ne sort que peu à peu. La douleur augmente quand la tête est soutenue seulement par le ligament capsulaire; elle diminue quand ce ligament est allongé ou rompu. Cette maladie est incurable, si on n'a soin de la prévenir: à la suite, surviennent la paralysie du membre, des dépôts qui sont difficiles à guérir et ont souvent une issue funeste, des caries incurables; les luxations consolidées sont suivies de douleurs dans les changements de temps, de position vicieuse du membre ou du tronc.

En 1780, Sabatier², dans un excellent mémoire inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie, combat quelques-unes des erreurs de J. Petit, son opinion trop exclusive sur l'étiologie de cette affection; il établit surtout que la luxation consécutive peut résulter de la carie, de la destruction des bords de la cavité cotyloïde, et donne à l'appui de son opinion plusieurs observations d'un grand intérêt.

En 1791, Desault³, dans ses œuvres chirurgicales publiées par Bichat, combat l'opinion de Petit, relative à l'accumulation

¹ J. L. Petit, *Mémoires de l'Académie royale des sciences pour 1722*, p. 117.

² Sabatier, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. VII, p. 585, édit. Fossone.

³ Desault, *Œuvres de Desault*, par Bichat, t. I, p. 418.

de liquide comme cause de la luxation, y substitue celle du gonflement des cartilages; puis, dans sa clinique, publiée par Cassius¹, il signale avec soin les symptômes qui se manifestent au début de la maladie, chez les enfants surtout, et insiste sur l'importance d'agir énergiquement et de bonne heure.

Boyer², sans rien ajouter à la science, s'approprie, par le talent avec lequel il les expose, les idées de Desault et de Sabatier, et son excellente description a servi de type à la plupart de celles qui ont paru, jusque dans ces dernières années.

En 1817, le professeur Rust, de Berlin³, fit paraître une monographie complète sur la matière; dans cet ouvrage, il cherche à prouver que la maladie débute par le périoste interne, au centre de la tête, qui, plus tard, est corrodée et détruite; que la carie de la cavité cotyloïde est toujours secondaire; que l'allongement du membre dans la première période est dû au gonflement de la tête.

C'est à la même époque que Larrey⁴ publia le résultat de ses recherches sur la fémoro-coxalgie; on y trouve, entre autres choses importantes: 1° que cette affection est le plus souvent de nature rhumatismale chez l'adulte, scrofuleuse chez l'enfant; 2° que le gonflement inflammatoire des cartilages n'est pas la cause de la luxation; 3° que celle-ci n'est véritablement pas spontanée, mais qu'elle résulte d'un effort mécanique, favorisé par l'état morbide de l'articulation.

En 1818, M. Brodie⁵, dont les importants travaux ont tant élucidé la question des maladies articulaires, a, dans son *Traité général*, publié plusieurs observations intéressantes de coxalgie. Il a surtout émis, relativement à cette affection, des opinions tout à fait différentes de celles connues jusqu'alors. Pour lui, c'est à l'ulcération primitive des cartilages que l'on doit rapporter l'origine des désordres dans le plus grand nombre

¹ Desault, *Cours de clinique externe*, par Cassius, t. II, p. 555.

² Boyer, *Œuvr. chirurg.*, t. IV.

³ Rust, *Anal.*, par Jourdan. (*Journ. complém. des Sciences méd.*, t. I, p. 65.)

⁴ Larrey, *Mém. et campagnes. (Clin. chirurg.*, t. III, p. 551.)

⁵ Brodie, *Malad. des articul.*, trad. de l'anglais par L. Marchant; 1819.

des cas. « Nous pouvons¹, je crois, dit-il, conclure que, dans les cas ordinaires de la carie de la hanche, le cartilage est la partie primitivement affectée. » Dans un autre passage, cité par S. Cooper², il insiste fortement sur l'inclinaison du bassin comme cause de l'allongement et du raccourcissement qui, selon lui, ne sont jamais qu'apparents. L'un des premiers, il a mis en usage la mensuration avec un ruban tendu entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la rotule.

En 1829, Paletta³ distingue sous le nom d'*ischias* l'inflammation de l'articulation de la hanche, et réserve le nom de *coxitis* à l'affection scrofuleuse des os. Quant au déplacement des os, il avoue que le mécanisme en est fort obscur⁴. Cependant il l'attribue à la destruction des surfaces articulaires, surtout de la tête du fémur.

Dzondi⁵, en 1855, dans un mémoire tout théorique, admet que jamais la maladie ne commence par l'intérieur de l'articulation, mais bien par la surface externe de la capsule, les parties fibreuses, ainsi que le périoste, qui entourent la cavité cotyloïde et la partie supérieure du fémur. Il reconnaît ces diverses origines aux caractères de l'enflure⁶. La cause principale est la cause rhumatismale; c'est presque la seule.

M. Fricke, de Hambourg, en 1854⁷, établit une distinction entre : 1° la coxalgie qui n'a son siège que dans les muscles et les nerfs, et donne lieu à l'allongement du membre par relâchement; 2° la coxarthrocace, qui est une véritable inflammation de l'article, n'offre jamais d'allongement réel et peut être suivie de luxation, lorsque le fémur et le rebord cotyloïdien

¹ Brodie, *loc. cit.*, p. 89.

² Sam. Cooper, *Dictionn. de chirurgie*, t. I, p. 219.

³ Paletta, *Exercitationes pathologicæ*, in-4°; 1820.

⁴ Paletta. « Per obscura huc usque fuit ratio ob quam fémur prolabitur in ischiade. » (*Loc. cit.*, p. 58.)

⁵ Dzondi, *Arch. gén. de méd.*, p. 502; 1854.

⁶ Dzondi. « Une enflure molle, flasque, prouve que l'irritation a débuté par la capsule articulaire. Si elle est ferme et résistante, on peut assurer que l'irritation a commencé par le périoste, soit de la tête du fémur, soit de la cavité cotyloïde. Une tension élastique annonce que les interstices musculaires sont le siège primitif de l'irritation. » (*Loc. cit.*, p. 506.)

⁷ Fricke, *Arch. gén. de méd.*, p. 599; 1854.

ont été détruits par la suppuration. Il rapporte encore des expériences tendant à prouver que le gonflement des parties molles de la cavité cotyloïde, que l'augmentation de volume de la tête du fémur, ne peuvent être considérés comme causes d'allongement.

En 1855, dans un mémoire appuyé de nombreuses et intéressantes observations, M. Lesauvage¹, de Caen, établit :

1° Que les luxations spontanées du fémur sont produites par l'hydropisie articulaire ;

2° Que les cartilages ne sont et ne peuvent être pour rien dans le déplacement ;

3° Que leurs altérations sont toujours consécutives à la destruction de la séreuse qui les recouvre ;

4° Que le traitement antiphlogistique peut toujours être avantageusement opposé à l'hydarthrose ;

5° Que l'hydarthrose peut se terminer par résolution et qu'alors l'articulation récupère ses mouvements ;

6° Que l'inflammation synoviale devenue chronique peut amener la destruction des parties articulaires ;

7° Que même à un degré très-avancé la maladie peut guérir par ankylose, ou par éburnation des parties osseuses qui permettent encore les mouvements ;

8° Que la réduction peut avoir lieu dans certaines circonstances.

A peu près à la même époque, M. Nélaton reprend² l'opinion erronée de J. L. Petit sur le raccourcissement dans la première période de la maladie, disant seulement qu'on l'observe quatre fois sur cinq. Il signale ensuite l'atrophie du fémur comme cause fréquente de raccourcissement.

C'est encore dans cette année que parut l'ouvrage de MM. Humbert et Jacquier. Cet ouvrage, riche de faits intéressants, a surtout vivement fixé l'attention par son historique complet de la science, ainsi que par les observations de luxa-

¹ *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IX, p. 257.

² *Bulletin de la Société anatomique*, p. 15; sept. 1855.

tions spontanées et congénitales du fémur, réduites par les moyens orthopédiques.

En 1858, M. Malgaigne¹ signale plusieurs causes d'erreurs dans l'appréciation de l'allongement et du raccourcissement des membres inférieurs; il fait remarquer que, par le fait de l'inclinaison du bassin, le membre, qui à l'œil présente un allongement notable, donne à la mensuration un raccourcissement évident, et que ces apparences disparaissent si l'on place les deux membres dans une position identique, relativement aux os coxaux.

Dans d'excellents articles, M. A. Bérard, en 1857², puis M. Denonvilliers³, en 1858, ont essayé de réhabiliter la doctrine de J. L. Petit, et résumé savamment la plupart des travaux contemporains.

Plus tard, en 1840, M. Vicherat⁴ soutient que la plupart des coxalgies sont de nature rhumatismale, et débutent par l'hydropisie de l'articulation; il développe les idées de M. Fricke et de M. Malgaigne sur l'allongement et le raccourcissement du membre; enfin il rapporte vingt-deux observations recueillies à l'Hôpital des enfants.

A la même époque parut l'ouvrage si remarquable de M. Bouillaud⁵, où ce professeur proclame que le rhumatisme n'est qu'une inflammation franche, que l'arthrite rhumatismale ne diffère de l'arthrite traumatique qu'en ce qu'elle provient d'un refroidissement, tandis que cette dernière reconnaît pour cause une violence mécanique; de sorte, dit-il⁶, que cette arthrite *a frigore* est, comme toutes les autres maladies de la même origine, *le type des maladies inflammatoires*.

Tout récemment M. Richet, prosecteur à la Faculté de médecine⁷, a publié un travail remarquable où il établit: 1° que

¹ *Gazette des Hôpitaux (passim)*; 1858.

² Dictionn. en 50 vol., art. HANCHE.

³ *Dictionn. des Études méd.*, art. COXALGIE.

⁴ *Essai sur la coxalgie*, thèse; Paris, 1840.

⁵ *Traité clinique du rhumatisme articulaire*.

⁶ *Loc. cit.*, p. 552.

⁷ Thèse de Paris, 1844.

les arthropathies n'ont pour point de départ que les synoviales ou les os, sauf des cas exceptionnels, où la maladie a débuté par les parties molles voisines de la jointure; 2° que, dans l'immense majorité des cas, les arthropathies sont de nature inflammatoire: synovite ou ostéite; réserve faite, toutefois, pour les cas rares de tubercules des os, de cancer; 3° que dans les arthrites en général, et la coxalgie en particulier, on peut se rendre compte de la douleur vive, si fréquemment observée dans la longueur du membre, et dans l'articulation immédiatement inférieure par l'inflammation du tissu médullaire.

En 1842, M. Parise¹ a, dans un premier mémoire, exposé l'historique complet de la question, puis établi: 1° que le fémur est maintenu dans la cavité cotyloïde par deux forces, la pression atmosphérique et la résistance des tissus ligamenteux, musculaires, etc.; 2° que la présence seule d'un liquide dans l'article rend nulle la première de ces forces, en l'équilibrant; 3° que la réplétion sans ampliation, de la capsule, repousse le fémur en dehors, loin de l'appliquer avec plus de force contre l'os iliaque; 4° que cette réplétion détermine la flexion, l'abduction, et la rotation en dehors; 5° qu'elle produit aussi une propulsion de la tête en dehors et en bas, d'où résulte un allongement de douze à quatorze millimètres; 6° que l'accumulation exagérée du liquide surmonte la résistance des ligaments et des muscles; 7° que la luxation spontanée du fémur peut être consécutive à une hydarthrose. Toutes ces propositions sont appuyées d'expériences fort intéressantes.

Dans un deuxième mémoire², l'auteur cherche à prouver que la même théorie peut s'appliquer aux luxations congénitales. Il pense: 1° que la luxation congénitale dépend d'une hydropisie articulaire; 2° que son mécanisme est le même que celui qu'il a développé pour les luxations spontanées produites par une hydarthrose; 3° que la luxation congénitale doit être rapportée aux luxations consécutives ou spontanées. De même qu'il existe des luxations spontanées produites par le gonfle-

¹ *Arch. gén. de méd.*, troisième série, t. XIV, p. 1.

² *Loc. cit.*, p. 428.

ment du tissu adipeux cotyloïdien, de même aussi quelques luxations congénitales peuvent avoir la même origine. Il rapporte à l'appui de son opinion plusieurs faits des plus intéressants¹, et dit en avoir observé d'autres semblables.

Plus loin, il se demande s'il ne serait pas possible de rattacher aux coxalgies fœtales les malformations de la hanche sans déplacement articulaire. Enfin, il termine en concluant : 1° que les luxations congénitales, de même que les luxations spontanées, reconnaissent pour cause une affection articulaire, une hydarthrose, ou un gonflement morbide du tissu adipeux cotyloïdien ; 2° qu'il serait important de pouvoir distinguer, pour le pronostic, les luxations complètes de celles qui sont incomplètes : ces dernières lui paraissent pour la plupart incurables, parce que les deux cavités se confondent entre elles par un côté commun, d'où résulte une presque impossibilité de contention ; 3° que les chances de réduction diminuent à mesure que l'on s'éloigne de la naissance, parce que les déformations articulaires consécutives sont d'autant plus prononcées que la luxation est plus ancienne : de là l'indication d'opérer le plus tôt possible ; 4° que la thérapeutique de ces affections n'offrira qu'une déplorable incertitude, tandis qu'il ne sera pas possible de différencier, sur le vivant, les cas de déformation articulaire sans luxation des cas de luxation complète, et ceux-ci des luxations incomplètes.

En 1845, le même auteur², dans un troisième mémoire, établit sur des expériences précises les modifications de longueur qu'impriment au membre, mesuré de l'épine iliaque antérieure ou postérieure aux malléoles, les positions diverses d'extension, de flexion, d'adduction, d'abduction, de rotation en dedans ou en dehors.

Enfin, dans un quatrième mémoire³, il expose : 1° comment la distention de la capsule par un liquide, produisant d'une manière fixe la flexion, l'abduction et la rotation en dehors du

¹ Arch. gén. de méd., p. 459, 446.

² Loc. cit., quatrième série, t. II, p. 282.

³ Loc. cit., p. 450.

membre inférieur, le besoin d'équilibration porte le tronc en sens inverse, de manière à donner lieu à ce qu'on appelle l'*inclinaison*, l'*extension* et la *rotation pelvienne* ; 2° comment cette même position du membre malade le fait paraître allongé à la vue, raccourci à la mesure ; 3° comment l'adduction fixe du membre peut être le résultat du défaut de résistance ou de la rupture de la capsule, combinée avec la prépondérance ou la contraction des muscles adducteurs ; 4° comment cette adduction, en sollicitant le tronc à se porter en sens inverse, donne lieu à ce qu'on appelle *élévation du bassin*, et fait paraître le membre malade raccourci à l'œil, allongé à la mesure ; 5° comment l'allongement réel résulte, contrairement à l'opinion de J. L. Petit, de l'expulsion graduelle de la tête du fémur ; et, contrairement à l'opinion de Rust, de l'interposition d'une couche légère de liquide, ainsi que de l'augmentation de volume de la tête, et peut résulter d'une hypertrophie de l'os, ainsi que du redressement du col ; 6° comment la paralysie des muscles n'y est pour rien ; 7° comment le raccourcissement réel ne peut être attribué ni à la sortie graduelle de la tête du fémur, comme le voulait J. L. Petit, ni à la contraction musculaire, comme le veut Fricke, mais peut résulter de la destruction des cartilages et des surfaces osseuses, de la luxation complète, des courbures rachitiques de l'os, de l'inclinaison de son col, de son atrophie générale et de son arrêt de développement.

Il cherche ensuite à établir la valeur séméiologique des variations de longueur ; enfin il expose les moyens d'arriver à constater ces variations, à distinguer celles qui sont vraies de celles qui sont seulement apparentes, en avouant toutefois l'imperfection de nos moyens de mensuration.

A la même époque, et presque parallèlement aux travaux de M. Parise, M. Bonnet, de Lyon⁴, publiait un mémoire d'un grand intérêt. Dans la première partie, il établit que l'allongement, dans les coxalgies, est toujours apparent, qu'il ne dépend

⁴ Bonnet, Journal de chirurgie de M. Malgaigne, t. I, p. 72, 419.

que de la position où se placent les malades, qu'il n'est jamais dû à l'écartement de la tête du fémur de la cavité cotyloïde.

Il attribue cet allongement apparent à ce que la cuisse malade est portée dans la flexion et l'abduction, ce qui fait que l'épine iliaque de ce côté semble avoir exécuté un triple mouvement d'abaissement antérieur (correspondant à la flexion), d'abaissement latéral et de projection en avant (correspondant à l'abduction).

Il trouve que ce double mouvement de flexion et d'abduction coïncide toujours avec l'habitude qu'a contractée le malade de se coucher sur le côté souffrant. Il ajoute que, dans le décubitus latéral, la cuisse de ce côté se porte naturellement dans la flexion et l'abduction.

« La différence, dit-il, qui sépare la position du malade affecté de coxalgie de celle que l'on peut simuler dans l'état de santé tient uniquement à ce que, dans le premier cas, la cuisse est maintenue avec plus ou moins de fixité dans la position qu'elle a prise, tandis que, dans le second, l'on peut à son gré faire cesser cette position. »

Quant aux causes qui maintiennent le membre dans sa position vicieuse, elles sont nombreuses; il cite la formation des tissus fibreux et lardacés autour de la capsule, les inégalités que l'ulcération donne aux surfaces, les adhérences que celles-ci peuvent contracter.

Il nie que l'accumulation du liquide dans l'articulation puisse repousser la tête du fémur du fond de la cavité, et qu'elle soit une cause d'allongement; il nie de même l'influence du gonflement du paquet cellulo-graisseux et de la tuméfaction de la tête du fémur sur ce phénomène; il doute de la réalité du gonflement des cartilages, ne croit pas que le relâchement des muscles puisse influencer sur l'allongement.

Dans la deuxième partie, l'auteur traite du raccourcissement; il admet un raccourcissement apparent et un raccourcissement réel. Le premier dépend de l'adduction combinée avec la flexion et la rotation en dedans, qui fait que l'épine iliaque du côté malade est placée plus haut et plus en arrière que celle du côté sain.

Les malades qui présentent ce phénomène sont tous couchés sur le côté sain; cette position vicieuse devient fixe par les mêmes causes que l'allongement.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer le raccourcissement réel du raccourcissement apparent, que l'allongement réel de l'allongement apparent, à cause de l'impossibilité de placer les deux membres dans une position identique.

Le raccourcissement réel peut dépendre de l'ulcération de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, d'une luxation spontanée.

Quant à la succession de l'allongement et du raccourcissement du même membre dans la coxalgie, il ne l'a jamais vue; mais il l'explique en disant que le malade, couché d'abord sur le côté malade, se couche ensuite sur le côté sain.

Dans cet historique rapide, je n'ai point eu la prétention de faire l'inventaire complet de la science; j'ai voulu seulement esquisser à grands traits la succession des découvertes principales dont elle s'est enrichie, tracer un cadre dans lequel chacun pourra facilement intercaler ce que le temps ou l'espace ne m'a pas permis de mettre en ordre, et surtout faciliter le contrôle des opinions et des faits que j'ai consignés dans ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis l'époque où Boyer¹ déclarait n'avoir connaissance d'aucune autopsie pratiquée dans les commencements de la coxalgie, la science ne s'est enrichie que d'un bien petit nombre de faits, et nous en sommes réduits encore à nous en rapporter presque autant au raisonnement qu'à l'expérience pour tracer l'histoire des altérations pathologiques que cette affection présente à son début.

¹ Boyer, *Œuvr. chirurg.*, t. IV, p. 310.