

Dans les premiers temps de la maladie, les parties molles sont très-peu altérées; mais dans les périodes plus avancées, les ligaments, le tissu cellulaire qui les environne, celui qui se trouve entre leurs fibres, les paquets graisseux et celluleux que l'on a regardés comme des glandes synoviales, sont infiltrés d'une matière visqueuse, et convertis en substance fongueuse et lardacée. Les os se ramollissent de plus en plus, leur substance spongieuse est dissoute et réduite en une matière sanieuse et fétide; quelquefois même cela arrive sans que les cartilages qui les recouvrent paraissent affectés; mais, avec le temps, ils finissent aussi par se dissoudre. M. Gerdy¹ a parfaitement exposé ce point ardu de la science dans un savant rapport à l'Académie de médecine, à l'occasion d'un cas remarquable de coxalgie, présenté par M. Ballot. Voici ses propres paroles : « Comment s'est détruite l'écorce compacte, mince et articulaire de la tête du fémur? Le fait a pu s'accomplir par plusieurs mécanismes que j'ai observés : 1° par le développement de la couche mince du tissu sous-cartilagineux, résorbant l'écorce osseuse sous-jacente en même temps que le cartilage; 2° par une inflammation éliminatoire, développée sous l'écorce compacte dont nous nous occupons ou dans son épaisseur; 3° par ulcération de la surface libre du cartilage se propageant à l'os sous-jacent.

« Le premier fait est très-commun dans les tumeurs blanches; aussi n'est-il point rare de trouver, à l'autopsie de ces affections, le cartilage diarthrodial perforé et en partie recouvert par des fongosités, qui, fixées à la surface articulaire de l'os proéminent, flottent par la perforation du cartilage résorbé, et s'étendent parfois en large membrane, de manière à simuler la membrane synoviale. Si alors on enlève des fongosités, on ne trouve que l'os à nu, au-dessous, point de cartilage. D'autres fois, tandis que le cartilage est aminci comme une feuille de parchemin, la surface de l'écorce osseuse articulaire est cariée, érodée, et criblée d'ouvertures par lesquelles le tissu cellulo-

¹ Gerdy, *l'Expérience*, p. 85; 1840.

vasculaire intérieur de l'os communique avec le tissu sous-diarthrodial. Dans cet état, j'ai trouvé le cartilage souple, flexible et mobile sur la tête de l'os dont il était facile de le détacher, » etc.

La tuméfaction des extrémités osseuses, signalée comme très-fréquente par quelques auteurs, n'est qu'un phénomène fort rare. Il en existe cependant plusieurs exemples remarquables au musée Dupuytren.

Enfin, dans la quatrième forme, signalée par Brodie¹, et connue sous le nom de *fongus articulaire*, dégénérescence fongueuse de la synoviale, cette membrane perd son organisation naturelle, en se convertissant en une substance pulpeuse, épaisse, d'un brun léger et quelquefois rougeâtre, sillonnée par des linéaments blancs membraneux. Au début, toutes les parties de l'articulation sont parfaitement intactes; mais à mesure que la maladie fait des progrès, elle envahit tous les tissus qui composent l'articulation, en produisant la carie des os, la destruction des ligaments, et la formation d'abcès.

CHAPITRE II

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DE LA COXALGIE.

ARTICLE PREMIER

COXALGIE AU DÉBUT.

La plupart des désordres que nous venons de signaler semblent pouvoir se rencontrer dans l'articulation coxo-fémorale; mais les faits nous manquent encore pour l'établir d'une manière positive.

§ 1^{er}. — Coxalgie extra-articulaire.

Fricke² décrit sous le nom de *coxalgie* une affection qui, selon lui, a d'abord son siège dans les muscles de la cuisse, ou

¹ Brodie, *Maladies des articulations*, p. 52.

² Fricke, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. V, p. 599

dans la force réactive des nerfs qui s'y distribuent; cette affection peut, dit-il, dans certaines circonstances, passer à la coxarthrocace (c'est-à-dire à la coxalgie interne), dont elle ne diffère, suivant les auteurs, que par la chronicité de sa marche. Du reste, il ne donne aucune autopsie à l'appui de son opinion. Dzondi¹ va plus loin: il a considéré la coxalgie externe comme la seule forme qu'il ait rencontrée: « Le siège originel de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, dit-il, est la surface extérieure de la capsule articulaire, ainsi que les parties fibreuses qui l'avoisinent, aussi bien le périoste qui entoure la circonférence de la cavité cotyloïde que celui qui recouvre la partie supérieure du fémur. »

Au milieu des désordres occasionnés par de vastes collections purulentes, dont la source était dans le périoste, le même auteur dit avoir vu la capsule intacte, la cavité articulaire sans traces de pus, la membrane synoviale et le cartilage parfaitement sains, quoique pendant la vie tous les symptômes de la coxalgie eussent existé.

Malgré cette assertion positive, la plupart des auteurs sont restés dans le doute relativement à l'existence même de cette forme; M. Gerdy, cependant, ne la rejette pas complètement. Dans un rapport fait à l'Académie de médecine, sur une observation de M. Ballot, voici comment il s'exprime²: « Je pense que sous l'influence du froid humide auquel Jolly était exposé depuis un an par sa profession, le périoste du fémur et de l'os iliaque, et peut-être les parties molles articulaires de la jointure de la hanche, et les muscles de la cuisse, ont été pris d'un rhumatisme inflammatoire dès le moment où le malade a éprouvé de la douleur au genou, » etc.

Toujours est-il que cette forme est rare: du reste, il y a, dans la structure même de l'articulation, de quoi rendre compte de cette exception à la règle ordinaire du développement des tumeurs blanches. La capsule fibreuse, en effet, enveloppe ici l'articulation de toutes parts; la synoviale ne se trouve en aucun

¹ Dzondi, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IV, p. 509.

² Gerdy, *l'Expérience*, t. V, p. 98.

point en contact direct avec le tissu cellulaire extérieur. Or, s'il est vrai, comme nous l'avons dit plus haut, que c'est le plus souvent par le tissu cellulaire que commencent les arthrites externes, il en résulte que l'articulation coxo-fémorale doit être moins exposée que toute autre à cette forme d'arthrite. Ce point de la question cependant exige encore de nouvelles recherches.

§ II. — Coxalgie intra-articulaire.

C'est la plus fréquente de toutes. On peut même dire que la coxalgie ne mérite vraiment son nom qu'à dater du moment où l'intérieur de l'articulation participe à la maladie.

On lui reconnaît plusieurs formes à son début: nous avons vu qu'Asclépiade le Bythinien¹, avait signalé déjà l'existence d'une production charnue dans le fond de la cavité cotyloïde, que Cœlius Aurelianus avait noté l'accumulation de liquide dans l'articulation; mais ces indications, bien que répétées par le plus grand nombre des auteurs, n'ont été véritablement sanctionnées que depuis les travaux modernes sur l'anatomie pathologique.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — COXALGIE INTRA-ARTICULAIRE DÉBUTANT PAR LES PARTIES MOLLES.

On en observe trois formes principales.

Première forme. — Hydropisie de l'articulation.

J. L. Petit la regarde comme le phénomène initial de la coxalgie; il n'en rapporte cependant aucune observation. Sabatier, Desault et Boyer en nient l'existence; mais de nouveaux faits, peu nombreux à la vérité, ne permettent plus de la révoquer en doute.

OBS. I. — *Hydarthrose coxo-fémorale.* — Paletta² raconte qu'un villa-

¹ Asclep., *Collectio Niceti*, p. 155.

² Paletta, *Arch. gén. de méd.*, troisième série, t. XIII, p. 27.

geois, âgé de cinquante-quatre ans, entré à l'hôpital au mois d'avril 1789, avait été tourmenté les deux hivers précédents de douleurs dans la cuisse et la hanche. La douleur ayant augmenté peu à peu, et étant devenue très-violente, par intervalle, la marche était difficile. Il mourut d'une inflammation gangréneuse, suite de l'application du fer rouge sur le dos du pied. Paletta croyait avoir affaire à une névralgie sciatique; voici ce qu'il trouva : état sain du nerf et de son enveloppe; infiltration séreuse du tissu cellulaire voisin; flaccidité des muscles, une grande quantité de synovie jaunâtre dans la jointure d'ailleurs saine : *In articulari cavo hærebat synovia multa sub flavi coloris.*

OBS. II. — *Hydarthrose coxo-fémorale.* — M. Jolly a trouvé sur le cadavre, dit M. Parise¹, une articulation de la hanche contenant environ quatre-vingt-dix grammes d'un liquide ressemblant à de la synovie.

OBS. III. — *Hydarthrose coxo-fémorale.* — M. Parise² dit avoir constaté plusieurs fois, à l'hospice des Enfants trouvés, la capsule de l'articulation coxo-fémorale remplie d'un liquide brunâtre, sanguinolent. La tête du fémur, entièrement cartilagineuse, fortement colorée en rouge cramoisi foncé, offrait la consistance de la cire ramollie entre les doigts, et se trouvait plus ou moins écartée du fond du cotyle.

OBS. IV. — *Hydarthrose compliquée*³. — Le nommé Baptiste, enfant naturel, âgé de trente ans, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de Caen en 1855. Il se plaignait de ressentir dans tout le membre inférieur gauche une douleur qui était plus vive au genou, où existait un peu de gonflement.

Au dire du malade, c'était là le siège principal de sa maladie; mais je reconnus bientôt, à l'élongation du membre, qu'il existait une maladie de l'articulation coxo-fémorale. Les antiphlogistiques furent mis en usage pendant assez longtemps et avec peu de succès, à cause de l'indocilité du malade. Enfin, on en vint à l'application de vésicatoires et de moxas au pourtour de l'articulation, ce qui n'empêcha pas la luxation d'être produite dans les premiers jours de juillet. Le déplacement fut peu considérable; les douleurs ne devinrent pas plus vives au moment même; mais, par suite de l'indocilité du malade et des mouvements qu'il ne cessait d'exécuter, il survint à plusieurs reprises un surcroît d'irritation, et on en revint plusieurs fois aux antiphlogistiques actifs. Enfin, les douleurs disparurent complètement : les mouvements les reproduisaient à peine; Baptiste put quitter son lit et marcher avec des béquilles : il ne se plaignait plus que de son genou, dont l'engorgement sur-chronique persistait toujours. Le malade était considéré

¹ Parise, *Arch. gén. de méd.*, troisième série, t. XIII, p. 27.

² Parise, *loc. cit.*

³ Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*; 1855.

comme infirme, et depuis longtemps n'était plus l'objet d'une surveillance quotidienne, lorsque le 25 mars dernier, je m'aperçus qu'il offrait l'expression d'une vive souffrance. Je reconnus bientôt qu'il était atteint d'une péritonite intense, qu'il avait cédée pour n'être point privé de ses aliments. Les accidents marchèrent avec une grande activité, et Baptiste succomba le 29 mars.

L'autopsie fut faite avec beaucoup d'attention, et en présence des élèves. J'avais cru que l'articulation serait à l'état sain et seulement déformée par le fait de la luxation; mais il n'en était point ainsi, et quoiqu'il y eût depuis plusieurs mois solution complète de la douleur et des autres accidents, nous rencontrâmes les dispositions suivantes : il existait dans le tissu cellulaire, à la partie postérieure de l'articulation, une tumeur du volume d'un gros œuf qui communiquait à l'intérieur de la cavité par une étroite ouverture. Elle contenait un fluide séro-muqueux et quelques concrétions albumineuses. Un fluide semblable occupait la cavité articulaire qui en était médiocrement distendue; les matières concrètes y étaient plus abondantes, et elles formaient dans la cavité cotyloïde une masse informe que, par un examen bien superficiel, on aurait pu considérer comme provenant du cartilage avec lequel elle était seulement en contact. Ce dernier était érodé dans quelques points, et presque entièrement dénudé de la séreuse synoviale, qui n'était point altérée sur la capsule articulaire. La tête du fémur, qui était appuyée au-dessus du rebord de la cavité, était à peu près dépouillée de son cartilage. Il était évident que sa destruction était produite par une sorte d'usure, qui même avait atteint les couches superficielles de l'os, puisqu'il n'existait sur ce dernier aucun indice de tuméfaction ou d'ulcération, et qu'il n'y avait point de pus à l'intérieur de l'articulation.

OBS. V. — *Coxalgie droite; hydarthrose; luxation incomplète du fémur*¹. — Louis Louvet, âgé de douze ans, enfant naturel, n'avait que deux ans lorsque sa mère succomba à une maladie que, d'après les renseignements obtenus, nous croyons être une phthisie pulmonaire. Il a toujours été d'une constitution faible, chétive, scrofuleuse. Élevé à Sceaux, dans une blanchisserie, il a toujours habité des lieux humides. Cependant Louvet n'avait jamais eu de maladie sérieuse, lorsque, vers le mois de juillet 1857, il ressentit des douleurs sourdes dans le haut de la cuisse droite. D'abord peu vives, ces douleurs s'accrurent, s'étendirent au genou, en même temps qu'elles occupèrent la hanche, l'aîne et le devant de la cuisse. Trois mois après le début de sa maladie, il ne marchait plus qu'avec beaucoup de difficulté, et sa jambe lui semblait plus longue que l'autre. On ne lui fit aucun traitement. Au mois de juillet 1858, les douleurs devinrent plus violentes, et le forcèrent à garder le lit. Un jour il s'aperçut que sa jambe, loin d'être

¹ *Arch. gén. de méd.*, mai 1842; Mém. de M. Parise, p. 50.

plus longue, était devenue plus courte que la gauche. Il nous a été impossible de savoir si ce raccourcissement est survenu brusquement par l'effet d'un mouvement exagéré, ou lentement, ce qui est plus probable. Un mois environ après, le 31 août 1858, il fut apporté à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Côme, numéro 4, dans le service de M. Malgaigne. Examiné les jours suivants, il a présenté l'état suivant :

L'enfant est d'une constitution détériorée, il est maigre et pâle; sa peau est sèche et terreuse. Le sommet des poumons contient des tubercules ramollis. Le ventre est douloureux à la pression, rétracté; la diarrhée persiste depuis plus de deux mois, l'appétit diminue, il a de la fièvre, peu de sommeil et des sueurs.

Il se plaint de douleurs dans la hanche droite et dans le genou du même côté. Il ne peut exécuter aucun mouvement de la cuisse sur le bassin; ceux que l'on cherche à lui imprimer sont très-douloureux, les mouvements de la jambe sur la cuisse sont faciles.

La hanche du côté droit offre des altérations remarquables, les fosses iliaques interne et externe sont le siège d'un gonflement uniforme, résistant, dépressible, sans fluctuation évidente. La fluctuation n'a pu être constatée, quoiqu'on l'ait cherchée, à plusieurs reprises, dans la fosse iliaque interne, où l'on soupçonnait l'existence d'un abcès. En prenant la circonférence du bassin au moyen d'un lac passant sur les grands trochanters, on trouve que la demi-circonférence droite a cinq centimètres et demi de plus que la gauche, ce qui dépend du gonflement des parties molles de la hanche et de la saillie du grand trochanter. Cette éminence paraît remontée, rapprochée de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et éloignée d'autant de l'épine antérieure. La tête du fémur n'est pas distinctement sentie dans la face iliaque externe. Le fémur est légèrement fléchi sur le bassin, il est porté dans l'adduction, et tout le membre légèrement tourné en dedans, ce que l'on reconnaît à la pointe du pied. Le pli de la fesse est remonté de près de deux centimètres, il est plus éloigné de la ligne médiane que celui du côté sain de cinq millimètres.

Le malade étant horizontalement couché sur le dos, les épines iliaques antérieures sont à peu près sur le même plan, celle du côté droit un peu remontée. Dans cette position, les jambes étant rapprochées, celle du côté droit paraît, à l'inspection, un peu plus courte que l'autre. Si l'on cherche à placer les deux jambes parallèlement à l'axe du corps, on ne peut y parvenir, car la jambe droite entraîne le bassin dans ses mouvements. Si, rapprochant les malléoles internes, on les porte alternativement à droite et à gauche, il est facile de s'assurer que les mouvements ne se passent pas dans les hanches, mais bien dans la région lombaire; que tout le bassin se meut d'une seule pièce avec les membres, et que conséquemment les rapports des malléoles ne changent pas. Tout cela dépend de ce que les mouvements

d'adduction et d'abduction ne peuvent s'effectuer dans la jointure malade.

La mensuration au moyen d'un lac tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure, d'une part, et l'angle externe de la rotule, ou mieux le sommet de la malléole externe, d'autre part, donne un raccourcissement de trois centimètres; soixante-douze centimètres pour le côté sain, soixante-neuf pour le côté malade. Mais, en mesurant séparément le fémur et le tibia, on trouve que ces os ont un centimètre chacun de moins que du côté gauche, ce qui fait deux centimètres de raccourcissement dépendant de l'atrophie en longueur des os. Cependant, comme il y a un raccourcissement apparent à la vue, et que la mensuration donne un centimètre de raccourcissement, tandis qu'elle devrait donner un allongement notable dans cette position du membre (l'adduction), nous concluons qu'il y a raccourcissement réel, dépendant d'un changement de rapport des surfaces articulaires, et par conséquent luxation.

Du reste, le membre est atrophié dans sa masse comme dans sa longueur; la flaccidité des chairs et la mensuration de sa circonférence l'indiquent assez. C'est au-dessus du genou que la différence est la plus grande: vingt-huit centimètres pour le côté sain, vingt-cinq pour le côté malade. Au milieu de la cuisse et au mollet, il n'y a que deux centimètres en moins.

Plusieurs vésicatoires et deux moxas ont été appliqués. Louvet n'avait éprouvé que peu de changements dans son état, lorsqu'il a été pris d'une varioloïde pustuleuse à laquelle il a succombé, le 24 novembre 1858.

Nécropsie. — Elle a été faite avec soin, et les pièces pathologiques présentées à la Société des internes, présidée par le professeur Sanson.

Les deux poumons sont adhérents aux côtes dans toute leur étendue; leurs bords postérieurs, engoués et ramollis, surnagent encore. Tous deux sont farcis de tubercules crus. Le bord antérieur du poumon gauche forme une masse compacte épaisse, au milieu de laquelle on trouve des tubercules ramollis et quelques cavernes. Les centres nerveux, la moelle et l'encéphale sont sains; il en est de même du cœur, du foie et du tube digestif, à l'exception du jéjunum, qui offre quelques ulcérations.

Hanche droite. — Avant de disséquer l'articulation, nous nous assurons par la mensuration que les dispositions précédemment indiquées persistent encore. Le tissu sous-cutané est infiltré d'une sérosité jaunâtre peu abondante. Les muscles de la hanche, séparés et coupés un à un, sont atrophiés et un peu décolorés. La capsule, facile à séparer des parties voisines, est intacte. Elle est distendue par un liquide reconnaissable à la fluctuation. La tête du fémur, luxée, forme un relief facile à circonscrire en haut et en arrière; on peut la réduire en fléchissant la cuisse et en la portant dans la rotation en dehors; un mouvement inverse reproduit la luxation. Le liquide contenu dans l'article environne le col du fémur, et se trouve surtout amassé en avant et en bas; la cavité cotyloïde en est remplie. La capsule,

incisée en avant, laisse échapper une sérosité jaunâtre contenant quelques flocons albumineux. La cavité cotyloïde n'offre pas d'altérations, elle ressemble à celle du côté sain, son cartilage est intact; le tissu adipeux qui en occupe le fond est plutôt atrophié que tuméfié. La capsule, un peu rouge à sa face interne, est plus molle et plus épaisse que celle du côté opposé. Le bourrelet cotyloïdien est aussi moins ferme, surtout en haut et en arrière, où s'applique la tête fémorale. Il est affaissé, et le doigt sent, au-dessous, la saillie osseuse du sourcil cotyloïdien. Le ligament rond est allongé, aplati, mais existe.

La tête du fémur a le même volume que celle du côté opposé; cependant elle est un peu déformée. Elle présente à son sommet une rainure dirigée d'avant en arrière, qui résulte de l'impression du sourcil cotyloïdien; car c'est par ce point que la tête luxée appuie sur l'échancrure postéro-supérieure. Le ligament rond vient s'insérer au fond de cette rainure. Une autre dépression plus large, plus superficielle, règne sur la partie supérieure de la circonférence de la tête du fémur; elle paraît due à un amincissement du cartilage diarthrodial dans ce point. En comprimant fortement la tête vers son sommet, on sent qu'elle s'affaisse; ce qui fait présumer une altération intérieure, démontrée par une coupe verticale qui passe en même temps par le grand trochanter. Cette coupe, comparée à une semblable pratiquée sur l'autre fémur, fait voir le col et le grand trochanter sains. La tête est altérée, sa coloration est plus foncée, ses cellules plus larges renferment un liquide noirâtre. Le scalpel y pénètre avec facilité; mais cette altération est bornée au sommet dans le point correspondant à la rainure dont nous venons de parler.

Le fémur droit avait douze millimètres, et le tibia un centimètre de moins en longueur que les mêmes os du côté gauche.

Nous avons rapporté ces observations pour montrer que l'hydropisie articulaire avait été constatée à l'état simple; que cette hydropisie pouvait présenter, suivant l'époque où on la considère, et suivant plusieurs autres circonstances, des caractères particuliers; qu'elle pouvait amener la désorganisation des parties articulaires, et que, par conséquent, elle constituait une forme primitive de la coxalgie.

Deuxième forme. — Tuméfaction des pelotons celluloux et des replis synoviaux placés au fond de la cavité cotyloïde.

Cette altération est l'une des plus fréquentes; mais il n'existe qu'un très-petit nombre d'observations dans lesquelles on l'ait

rencontrée isolée et indépendante des altérations profondes des os, ou de la capsule fibreuse.

Desault cependant en cite un exemple remarquable.

Obs. VI. — *Coxalgie; gonflement des pelotons celluloux*¹. — Marie Genette entra à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une chute sur le grand trochanter. Il lui était survenu une douleur dans l'articulation de la cuisse de ce côté. La progression très-difficile augmentait cette douleur, la station moins pénible ne pouvait cependant se supporter longtemps. La cuisse était sensiblement plus longue que l'autre. Abandonner le mal à la nature, faire observer un repos constant, telle fut la pratique de Desault. Quelques jours après son entrée, la malade éprouva une dysenterie bilieuse, qui la fit transférer dans une salle de médecine, où elle mourut.

On trouva sur le cadavre les parties voisines de l'articulation manifestement tuméfiées, la capsule allongée de haut en bas. La tête du fémur, située au côté externe et sur le bord de la cavité cotyloïde, répondait en bas à la capsule très-tirillée et dans une tension manifeste; en haut, le cartilage articulaire déjà gonflé au point de remplir une partie de la cavité; la synovie était en moindre quantité que dans l'état naturel.

Obs. VII. — *Coxalgie; gonflement des glandes synoviales*². — Une jeune personne, marchant avec vitesse dans la rue, glissa, et fit un faux pas dans lequel la cuisse gauche, violemment entraînée dans l'abduction, supporta pour un moment tout le poids du corps.

Une douleur aiguë se fit à l'instant sentir, força cette jeune personne de s'arrêter, se calma ensuite, lui permit de continuer son chemin, et bientôt disparut. Un sentiment de pesanteur survint, au bout d'une quinzaine de jours, dans la partie, gêna d'abord la progression, se changea ensuite en une douleur sourde, profonde, qu'accompagna un gonflement dans les parties voisines de l'articulation. On vit, pendant six à sept mois, l'extrémité inférieure s'allonger graduellement et d'une manière insensible. Au bout de ce temps, un raccourcissement se manifesta, et la cuisse malade dépassa, dans une nuit, le niveau de l'autre de près de six centimètres. Alors la malade entra à l'hospice de Saint-Sulpice, où elle succomba à sa maladie au bout de quelque temps. Voici ce que présenta l'ouverture de son cadavre à Desault, qui alors était chirurgien consultant de cet hospice. Le cartilage diarthrodial de la cavité glénoïdale, prodigieusement gonflé, remplissait toute l'étendue de cette cavité, s'offrait sous une apparence jaunâtre, inorganique, ressemblait assez bien à du lard, dont il avait la consistance. Une

¹ Desault, thèse, t. I, n. 421.

² Desault, t. I, p. 419.

substance molle, spongieuse, blanchâtre, s'élevait au milieu, reste, sans doute, du ligament rond. La tête du fémur, placée là où ordinairement elle se trouve dans la luxation en dehors et en haut, était encroûtée d'un cartilage également tuméfiée.

Quelques années après, Desault eut l'occasion d'observer la même maladie, mais chez un homme de trente-sept ans, qui se confia à ses soins, et qui, obligé de quitter Paris peu de temps après, se retira à la campagne, où il périt au bout de dix mois, affaibli et consumé par une fièvre hectique. Le chirurgien du lieu observa sur le cadavre le même phénomène que dans le cas précédent, prépara la pièce, et l'envoya à Desault, dont il était l'élève.

Je ferai remarquer que ces observations n'ont point pour moi la même signification que pour son auteur : elles sont rapportées comme exemple de gonflement des cartilages ; or, on sait que les cartilages ne sont pas susceptibles de se tuméfier. Il s'agissait évidemment d'une production développée aux dépens des parties molles du fond de la cavité cotyloïde.

Troisième forme. — Suppuration.

La sécrétion purulente, sans altération des parties osseuses et sans désorganisation des parties molles, a été observée comme premier phénomène de la coxalgie.

Obs. VIII. — *Coxalgie purulente primitive*¹. — Une jeune fille de dix-huit ans est apportée sur un brancard à l'hôpital Saint-Antoine, en mai 1824. Elle est souffrante depuis quelques jours seulement ; elle a été très-fatiguée pendant les travaux d'un déménagement, elle dit avoir fait une chute sur les fesses et sur le côté dans un escalier ; mais ces documents sont fort incertains à cause de l'agitation de la malade.

Elle est réglée, et ses règles coulent encore, mais faiblement ; sa constitution est satisfaisante ; sa santé a toujours été parfaite.

Elle accuse une douleur très-vive dans le membre inférieur droit ; cette douleur a débuté subitement la veille au soir : elle a commencé par le milieu de la cuisse, elle s'étend à tout le membre, et n'est point sensiblement augmentée par la pression. Cependant cette souffrance arrache des cris à la malade, et elle a déliré toute la nuit.

Le volume de la cuisse n'est pas augmenté ; les circonférences des deux membres sont égales ; la longueur des membres inférieurs est la même ; on prend ces mesures avec un fil, en partant de l'épine antérieure de l'iliaque.

¹ Communiquée par M. Natalis Guillot.

Le membre est dans l'extension, la direction du pied est variable. La flexion et le soulèvement du membre sont possibles ; mais tous ces mouvements accroissent la douleur et sont accompagnés de cris.

Il n'existe aucune douleur dans la région des articulations coxo-fémorales et tibiales ; la malade indique la cuisse comme étant la partie douloureuse.

Ce qui résulte de l'examen, c'est l'absence de toute déformation, de tout allongement du membre. On ne peut constater pour phénomène local que la douleur dans la continuité de la cuisse gauche. Nulle tuméfaction, nulle difficulté de mouvement, nulle douleur ne peut être appréciée dans les articulations supérieures ou inférieures du membre.

La langue est sèche et rouge ; la soif vive ; il y a eu, et il y a encore, quelques vomissements ; le ventre est indolore ; la constipation existe depuis quelques jours.

La respiration est accélérée, mais normale ; du reste, le pouls est très-acceléré. La peau est brûlante et couverte de sueur ; il y a cependant de temps à autre des frissons prolongés, accompagnés de claquements de dents, et suivis d'une émission plus abondante d'urine.

L'intelligence est troublée ; l'agitation de la malade est très-grande, et l'interrogation accroît encore cette agitation ; cependant les réponses sont suffisantes pour le médecin.

On pratique une large saignée, on couvre le membre de sangsues (soixante), et on donne en lavement du sulfate de quinine à la malade. On pense à une fièvre intermittente et à un phlegmon profond du membre.

Dans la journée, tous les phénomènes s'accroissent encore ; le pouls est si rapide qu'on ne peut plus le compter ; le délire est continu ; cependant le membre est toujours mobile et étendu sur le lit. On fait crier la malade en pressant la cuisse à la région moyenne, mais on ne détermine plus aucun cri en soulevant le membre, et en le fléchissant ; il n'y a, du reste, aucune tuméfaction.

Le soir, nouvelle saignée, nouvelle application de vingt sangsues ; rien ne s'améliore ; le délire continue, la nuit est mauvaise, et le lendemain matin l'état général est évidemment aggravé. L'état du membre est le même.

Dans cette occurrence, M. Beauchêne voit la malade, et pense à un phlegmon profond de la cuisse ; on exclut toute idée d'une lésion des surfaces articulaires.

Quatre larges incisions successives sont faites longitudinalement à la cuisse jusqu'à l'os ; on ne trouve pas de pus, et la malade ne paraît pas soulagée. Le délire continue, et elle meurt dans la nuit.

Sur le cadavre, on mesure les membres inférieurs, qui sont égaux, la circonférence de la cuisse droite est plus grande que pendant la vie, cela tient au gonflement des parties consécutif aux incisions. Le membre est mobile et dans l'extension.