

sex annis et claudicantis, occurrit ossi innominati acetabulum, multo amplius et profundius quam par erat caput femoris quod ei inferebatur, non tantum non proportionatum, sed etiam præter morem exiguum. Laxatis ligamentis sursum ac deorsum ferebatur prædictum caput. »

Obs. XXXI. — *Luxation spontanée du fémur dans la fosse iliaque.*

*Mort*¹. — Jean Peigneau, dix-neuf ans : douleurs rémittentes dans la hanche gauche (pluviôse an XI), puis vives et continuelles, s'irradiant dans la cuisse et le genou; allongement; claudication. Il fut forcé de s'aliter. Rafraîchissants; purgatifs; applications émollientes; allongement encore augmenté, puis raccourcissement brusque de plusieurs centimètres. Diminution des douleurs; rotation en dedans du genou et du pied; état alarmant; gonflement considérable; abcès énormes; fièvre hectique; diarrhée colliquative. Entrée à la Charité; régime tonique et fortifiant. Le 30 brumaire suivant, le malade succomba.

Collection purulente fétide, baignant les muscles, l'articulation et la partie postérieure de la cuisse; la cavité cotyloïde remplie de pus, cariée et devenue presque plane; l'os noirâtre, spongieux, inégal.

Tête du fémur dans la fosse iliaque, sans cartilage. Même altération que l'os coxal.

Obs. XXXII. — *Fémoro-coxalgie; cause scrofuleuse. Mort. Luxation dans la fosse iliaque*². — Jeune homme, dix-neuf ans; vice scrofuleux; reçut un coup de pied de cheval à la cuisse, suivi d'un abcès qui coula six mois. Guérison. Nouveau coup de pied; douleurs au genou et à la hanche; allongement de cinquante-quatre millimètres; puis raccourcissement égal; gonflement; abcès nombreux; marasme, et mort.

Épaississement du tissu cellulaire ambiant; vaste foyer purulent sous la fesse et la partie postérieure de la cuisse; muscles amincis; périoste de la fosse iliaque décollé; nouvelle cavité à fond rougeâtre et granuleux formé par les muscles; tête du fémur placée sous les téguments; plus de ligament rond; ramollissement des cartilages diarthrodiaux recouverts de granulations rougeâtres; abcès dans le bassin.

Obs. XXXIII. — *Coxalgie au deuxième degré; luxation dans la fosse iliaque. Mort*³. — Un jeune homme de vingt-six à vingt-sept ans est pris de douleurs accompagnées de tuméfaction à la cuisse gauche, après avoir dormi longtemps à l'air par un froid humide. Ces accidents persistent pendant plusieurs mois sans qu'on observe aucun changement de longueur et

¹ Rémond, *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, t. XV, p. 428; 1808.

² Borie, *Arch. gén. de méd.*, t. XIII, p. 604; 1827.

³ Sabatier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. VII, p. 595.

de direction à l'extrémité malade; mais plus tard, le membre commença à se raccourcir, et la pointe du pied subit une déviation en dedans. La partie moyenne antérieure et externe de la cuisse devint le siège d'une tumeur qui s'accrut progressivement de jour en jour. Depuis déjà quatorze mois, la maladie avait commencé, quand le malade réclama les secours de la chirurgie. Toute l'extrémité était œdémateuse. La tumeur de la cuisse siégeait le long de la face antérieure et externe, depuis la partie supérieure jusqu'à trois ou quatre travers de doigt du genou; elle offrait dans toute cette étendue une fluctuation manifeste. La cuisse était raccourcie de cinquante-quatre millimètres, et la pointe du pied en dedans. Les douleurs étaient vives. Une fièvre lente minait le malade, et l'avait conduit au marasme. Une application de pierre à cautère sur la partie la plus saillante de la tumeur fut suivie d'une incision de vingt-sept millimètres sur l'escharre même. Il s'écoula une énorme quantité d'humeur séreuse et sanguinolente d'une odeur fétide, entraînant avec elle des grumeaux de matière glaireuse. Le malade succomba peu de temps après l'opération.

L'examen du cadavre fit reconnaître l'existence d'une grande cavité intermusculaire, foyer de l'abcès, laquelle s'étendait jusqu'à l'articulation coxo-fémorale, dont les ligaments étaient rongés et détruits. La tête du fémur attaquée de carie était remontée sur la face externe de l'os des îles, et les bords de la cavité cotyloïde étaient presque entièrement détruits.

Obs. XXXIV. — *Coxalgie au deuxième degré; luxation dans la fosse iliaque. Mort*⁴. — Un soldat, âgé de trente-cinq ou trente-six ans, tombe de son haut sur la hanche gauche. A l'instant, une douleur vive survient à la partie supérieure de la cuisse, et est bientôt suivie d'un gonflement considérable avec fièvre. La saignée, répétée plusieurs fois, et une diète fort sévère, sont mises en œuvre pour combattre ces accidents. On y joint les fomentations émollientes sur les parties douloureuses. Les premiers accidents apaisés, le malade veut marcher, mais éprouve beaucoup de peine. Quelque temps après, les douleurs reviennent plus violentes, et la cuisse devient le siège d'un nouveau gonflement. Sa partie antérieure externe et presque supérieure devient le siège d'une tumeur. L'extrémité se raccourcit un peu, et la pointe du pied se tourne en dedans. Depuis déjà deux mois dans cet état, le malade entre enfin aux Invalides, au mois de novembre 1762. Une ouverture de vingt-sept millimètres est faite à la partie la plus saillante de l'abcès pour diminuer les douleurs; écoulement d'un pus assez bien conditionné; pansements très-simples. L'état du malade empira avec rapidité, et il périt six semaines après l'opération.

L'ouverture du cadavre permit de reconnaître que l'abcès ouvert remontait

⁴ Sabatier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. VII, p. 590.

jusqu'à la cavité cotyloïde, dont les bords étaient usés et détruits par la carie dans leur partie postérieure et supérieure; cette destruction avait permis à la tête du fémur de quitter la cavité, et cette tête était remontée de vingt-sept millimètres au moins sur la face externe de l'os iliaque.

Obs. XXXV. — *Coxalgie au deuxième degré; luxation dans la fosse iliaque. Mort*¹. — Un enfant de treize à quatorze ans, auquel il était survenu, depuis environ deux ans, un dépôt considérable à la partie antérieure interne et supérieure de la cuisse droite, me fut présenté en avril 1760. L'extrémité droite était alors raccourcie de trois travers de doigt, et la pointe du pied fort tournée en dedans. La région de la fesse et des lombes était le siège d'un gonflement œdémateux, qui s'étendait dans toute la longueur de la cuisse jusqu'au genou, et qui était très-douloureux en quelques endroits, notamment au pli de l'aîne, dont les glandes étaient dures et engorgées, et à toute la circonférence du dépôt. L'enfant avait fait une chute sur le genou, et la douleur qui s'ensuivit se propagea de l'endroit frappé à toute la longueur de la cuisse, et fut si vive qu'elle nécessita un repos de quatre jours au lit. Les premiers accidents étant diminués, l'enfant se leva et voulut reprendre ses exercices, mais il lui fut impossible de se soutenir, et fut réduit à se servir de béquilles pendant six mois. Pendant cet intervalle de temps, les glandes inguinales devinrent le siège d'un engorgement très-prononcé, qui diminua un peu par l'application de cataplasmes et d'emplâtres émollients et résolutifs. Néanmoins les douleurs augmentèrent progressivement; la difficulté de marcher, même avec des béquilles, devint de jour en jour plus grande, et la cuisse commença à devenir plus courte que l'autre. Des tentatives de réduction et l'application d'un appareil furent faits par un empirique qui voyait dans cette affection une simple luxation de la cuisse. Quelque temps après, et d'après ses conseils, le malade voulut marcher, mais les béquilles lui devinrent plus nécessaires, et les douleurs reparurent plus vives que jamais. Les glandes inguinales se gonflèrent de nouveau, et, vers le milieu de février, commença à apparaître le dépôt dont il a été parlé. Je vis le malade avec M. Guérin, qui se trouvait chez moi, lorsqu'on me l'amena, et tous deux nous jugeâmes que la cuisse était luxée consécutivement, et que le dépôt avait son principal foyer dans la capsule articulaire. Les douleurs vives qu'éprouvait le malade, et l'état d'amaigrissement où il avait été amené par la fièvre lente qui le consumait, nous engagèrent à livrer au pus une issue étroite, pour donner quelque soulagement à cet enfant. Il s'en écoula trois livres, dont l'odeur était fétide et la couleur variée; la plaie fut pansée avec une mèche de linge, puis couverte dans la suite d'un digestif simple. On fit quelques injections détersives pour entraîner les matières et prévenir leur croupisse-

¹ Sabatier. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 586.

ment. Quelquefois blanches et bien liées, ces matières étaient aussi quelquefois séreuses, sanguinolentes et noirâtres; et quand elles présentaient ce dernier caractère, elles étaient chargées de parcelles d'os d'une nature spongieuse.

L'opération parut d'abord avoir un succès inespéré; la cuisse se dégorgea, les glandes de l'aîne diminuèrent; les douleurs s'amoindrirent beaucoup; mais les accidents reparurent bientôt plus intenses que jamais. Il s'éleva au pli de la cuisse une tumeur qui s'ouvrit en peu de jours, et d'elle-même; il en sortit une quantité considérable de pus, paraissant venir de dessous le ligament de Falloque. La cuisse se raccourcit de jour en jour. Il y survint un gonflement œdémateux et érysipélateux, qui envahit la jambe et le pied. Un ulcère s'ouvrit au-dessus de la malléole externe, et le malade périt de consomption, cinq mois après l'opération.

L'ouverture du cadavre laissa voir plusieurs collections de pus, les unes entre les muscles fessiers, les autres à la face externe de l'os des îles, jusque vis-à-vis de la cavité cotyloïde. Les muscles de la partie antérieure et supérieure de la cuisse étaient abreuvés d'une grande quantité de matières, toutes semblables à celles qui étaient sorties par l'ouverture du dépôt principal. Ce dépôt allait jusqu'à l'articulation de la cuisse. Le fémur était remonté de plus de quatre travers de doigt sur la face externe de l'os des îles. Le cartilage d'encroûtement de sa tête était totalement détruit, et cette tête était altérée et rongée profondément; la cavité cotyloïde était entièrement détruite et comme corrodée: de sorte que, chose remarquable, le fémur ne s'était déplacé que parce que les bords de la cavité articulaire étant usés et comme effacés, sa tête n'était plus retenue, et avait cédé à l'action des muscles. Toute la partie de l'os iliaque sur laquelle cette tête avait glissé était comme pourrie, et des fragments en tout semblables à ceux qu'avait entraînés le pus pouvaient s'en détacher facilement.

Obs. XXXVI. — *Coxalgie; première période; puis deuxième. Luxation dans la fosse iliaque; destruction de la cavité cotyloïde. Mort*¹. — J. P..., âgé de dix-neuf ans, maçon, ressentit, dans le mois de février 1805, des douleurs vives dans l'articulation ilio-fémorale gauche, qui s'étendaient le long de la partie interne de la cuisse et de la jambe jusqu'à la malléole; elles se dissipèrent au bout de quelques jours, puis revinrent une quinzaine après; mais ni la douleur, ni la claudication résultant de l'allongement du membre, ne l'empêchèrent de travailler encore quelque temps; cependant, tous ces symptômes s'aggravant, il se mit au lit cinq mois après avoir éprouvé les premiers symptômes. Un chirurgien appelé méconnut la maladie, ordonna les purgatifs, des tisanes rafraîchissantes, et autres remèdes internes, appliqua sur l'articulation douloureuse des cataplasmes

¹ Boyer. *OEuvr. chirurg.*, t. IV, p. 540.

émollients, ce qui ne fit qu'accroître l'intensité des phénomènes morbifiques. Au dire du malade, le membre lésé était plus long que le sain de quarante et un millimètres; le mois suivant, il se raccourcit subitement. Les douleurs vives cessèrent alors, mais l'état de ce jeune homme empira tous les jours. Un dépôt considérable se forma aux environs de l'articulation, et s'étendit bientôt au côté externe de la cuisse; la fluctuation y était manifeste. Dans cet état, il vint à l'hôpital de la Charité, où je vis que la cuisse malade avait cinquante-quatre millimètres de moins que la saine; il y avait de la fièvre, et depuis un mois un dévoiement colliquatif. Je ne voulus pas faire l'ouverture de cet énorme abcès, craignant le fâcheux effet de l'entrée de l'air dans le foyer; je me contentai de soutenir les forces du malade par des analeptiques et des toniques. L'abcès s'ouvrit de lui-même au bout de quelque temps: il s'en écoula un pus de couleur variée; mais, à compter de cette époque, ce jeune homme dépérit avec une rapidité extrême, et mourut quatre jours après.

Ouverture. — Il y avait un désordre effroyable dans toute la partie supérieure de la cuisse, dont tous les muscles étaient infiltrés d'une matière purulente mêlée de caillots de sang; le foyer principal de l'abcès était à la partie externe et un peu postérieure de la cuisse. La cavité cotyloïde était rongée par la carie, et devenue presque plane par la destruction de ses bords; la tête du fémur était montée de deux ou trois travers de doigt sur la face externe de l'os des îles; son cartilage n'existait plus, et elle-même était cariée assez profondément; dans le lieu où elle reposait, la substance osseuse de l'os des îles était noirâtre, ramollie, et comme en putrilage.

Obs. XXXVII. — *Luxation ancienne, probablement spontanée, du fémur droit en haut et en dehors*¹. — Vieillard, soixante-dix ans; autopsie. Raccourcissement, cinquante-deux millimètres; rotation du pied en dehors; mouvements de la cuisse libres, sauf la rotation en dedans et la flexion, élévation, largeur de la hanche droite; saillie du grand trochanter; saillie mal circonscrite dans la fosse iliaque externe, se mouvant, roulant sur elle-même, et suivant le grand trochanter dans les mouvements communiqués au pied; frottement sourd, sorte de crépitation pendant les mouvements; atrophie de la cuisse.

Intégrité des deux grands fessiers; le petit est aminci, pâle, celluleux, adhérent à une nouvelle capsule qui s'insère en avant à sa place ordinaire, mais recouvre la cavité cotyloïde et se fixe en arrière sur la surface de l'os coxal (fosse iliaque externe). La portion anormale a quatre à six millimètres d'épaisseur; du reste, la capsule ne forme qu'une seule cavité; le ligament rond a disparu; la fausse cavité est profonde, munie d'un bourrelet osseux; la moitié postérieure est dépourvue de périoste et comme éburnée; la cavité cotyloïde n'existe plus qu'à l'état de vestige, elle est remplie par les franges

¹ Sédillot, *l'Expérience*, t. III, p. 2.

synoviales et le tissu graisseux; les cavités normale et anormale se touchent. Tête du fémur aplatie d'avant en arrière, allongée de haut en bas; col épais, hérissé de végétations osseuses; toute la portion qui joue sur l'os iliaque est dépourvue de cartilage.

Synovie huileuse, jaunâtre, épaisse; le petit trochanter est en rapport dans l'adduction avec la face antérieure de l'ischion; fausse articulation dans cet endroit.

Suit un tableau des diverses mesures du côté sain et du côté malade, et des réflexions de l'auteur.

Obs. XXXVIII. — *Coxalgie à la deuxième période; abduction; abcès intra-pelvien et fémoral; luxation en dedans. Mort*¹. — Jacques-François D..., âgé de vingt-huit ans, domestique, éprouvait, depuis deux ans, des douleurs dans la hanche, et de la claudication, lorsqu'il entra, le 3 août 1809, à l'hôpital de la Charité. Il y avait à cette époque un engorgement considérable de la hanche, une flexion habituelle de la cuisse et de la jambe, de la fièvre. En promenant les doigts sur cette région, on sentait une fluctuation profonde et équivoque au-dessous et au-devant du grand trochanter. On ne put se méprendre sur cette maladie, qui nous parut évidemment une affection de l'articulation iléo-fémorale, et où nous soupçonnâmes une carie de la cavité cotyloïde, principalement de son côté externe, à cause d'une forte abduction du genou, dans laquelle le malade restait constamment. Ce jeune homme était au service d'un médecin qui avait reconnu la maladie, et appliqué déjà plusieurs vésicatoires autour de l'articulation, mais sans succès.

Le 1^{er} septembre, on fit une ponction avec la pointe d'un bistouri à l'abcès dont nous venons de parler: il s'en écoula beaucoup de pus inodore et de mauvaise nature; le 2 janvier on en fit une seconde, qui eut le même résultat. L'état général du malade allait en se détériorant; il avait du dévoiement, de l'inappétence, de l'insomnie. Le 10 janvier, il y avait des douleurs violentes et un engorgement considérable de la partie antérieure de l'articulation, qui s'étendait jusqu'au ventre. Le pouls était fréquent et petit. Le 15 on fit une troisième ponction, par où il s'écoula un pus blanc et d'assez bonne qualité; ce qui soulagea un peu le malade. Le 16, il survint une escharre au sacrum, qui mit bientôt l'os à nu. Tous les symptômes s'accrurent; le 20 février, l'engorgement du genou, dont le malade se plaignait depuis quelques jours, se termina par l'ouverture d'une fusée de suppuration. L'affaiblissement de ce jeune homme étant au comble, il mourut le 23 février.

Ouverture du corps. — Les muscles de la fesse et de l'aîne étaient déséqués par le pus; la capsule orbiculaire était détruite et conservait à peine

¹ Boyer, *Œuvr. chirurg.*, t. IV, p. 545.

quelques traces de sa structure fibreuse; toute la surface de la tête et du col du fémur était dénudée, la couche cartilagineuse détruite, la cavité cotyloïde fort agrandie par une érosion qui en avait emporté le fond, et surtout la partie interne de sa circonférence, sur laquelle la tête du fémur était placée. Le pus avait détruit le muscle releveur de l'anus et fusé le long du muscle psoas jusqu'aux lombes; il sortait du bassin avec ce dernier pour communiquer avec les foyers extérieurs; ceux-ci s'étendaient par une fusée jusqu'au genou.

Obs. XXXIX. — *Coxarthrocace au quatrième degré, avec destruction complète de la tête et luxation du col du fémur sur le trou oval*¹. — Loose, enfant naturel, âgé de huit mois, en nourrice chez une pauvre femme, pâle, maigre, ne pouvant se coucher que sur le flanc droit, les deux cuisses légèrement fléchies, et portant sur la figure l'empreinte d'une profonde douleur, présentait à la cuisse droite, du double plus volumineuse que la gauche, une tuméfaction inégale au toucher, bosselée, sans altération de couleur à la peau, plus pâteuse du côté interne, offrant néanmoins une certaine résistance, à peu près comme le sac d'une hernie étranglée; au côté externe, la tumeur était plus élastique. En couchant l'enfant sur le dos, on voyait que la pointe du pied de la jambe malade, plus longue à peu près de quatorze millimètres que la jambe saine, et placée dans l'abduction et la flexion moyennes, tournait sans cesse en dehors. L'extension complète était impossible, et la moindre tentative occasionnait des douleurs intolérables; la fesse droite était augmentée de volume dans la direction du fémur; la fente qui marque la séparation de la fesse et de la cuisse, déprimée vers le bas, était presque entièrement effacée. L'abdomen était tuméfié, tendu, indolore; les selles rares, mais naturelles: le pouls à peine sensible; soif, inappétence; la petite malade n'accusait des douleurs que lorsqu'on la remuait.

On ne pouvait méconnaître ici une luxation du fémur; on en fit la réduction avec succès; non pas qu'on eût senti la tête rentrer immédiatement dans la cavité, mais on vit aussitôt le fémur et le pied reprendre leur longueur et leur position normales, et l'enfant n'accusa plus aucune douleur, quel que fût le mouvement imprimé au membre. La tumeur diminua de volume, la peau se relâcha, et l'on put au travers sentir distinctement le fémur, le trochanter et même une partie du col dans leur position naturelle.

Le lendemain, il se manifesta des symptômes de péritonite; quatre jours après, la malade mourut au milieu des convulsions.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Au côté droit de la colonne vertébrale, on trouva une excavation contenant un litre de pus, cavité qui s'étendait en bas, en devant et en dehors le long du tendon du psoas. Le pus avait disséqué les nerfs et les vaisseaux cruraux même à travers l'anneau cru-

¹ Gazette médicale, p. 420; 1856.

ral, dissous le fascia lata entre et jusqu'à l'attache des adducteurs à la ligne âpre du fémur.

L'excavation avait une telle étendue, que le col du fémur et la capsule y flottaient librement.

Le ligament capsulaire avait, du côté de l'obturateur externe, une ouverture de vingt-sept millimètres, par laquelle la cavité purulente communiquait avec l'intérieur de l'articulation. En imprimant au fémur un léger mouvement de flexion et d'abduction, on put faire glisser l'extrémité du fémur hors de l'articulation, sur le trou ovale; l'extrémité du fémur, car la tête était entièrement détruite, sans qu'à la place on remarquât même le plus léger renflement. Au contraire, à cet endroit le fémur était comme carié. La cavité cotyloïde était saine et n'offrait plus de traces du ligament rond, si ce n'est quelques fibres dégénérées en masses gélatineuses au fond de la cavité.

Obs. XL. — *Coxalgie, deuxième degré; luxation du fémur dans l'échancrure sciatique. Mort*¹. — Une petite fille de quatre ans, ayant fait une chute sur le genou, la jambe pliée sous la fesse et le tronc renversé, se plaignit de douleur si violente dans l'articulation supérieure de la cuisse, qu'elle criait continuellement. Quinze jours après, on s'aperçut que le fémur était luxé et logé dans l'échancrure ischiatique. A la fin du mois je vis la malade, je lui trouvai les signes d'un dépôt sous le gland trochanter; mais elle était si mal, que l'ouverture me parut plus propre à avancer son dernier moment qu'à le retarder. Elle mourut trois jours après.

Je trouvai beaucoup de pus sanguinolent sous le muscle susdit, et dans la cavité cotyloïde les cartilages n'étaient point encore altérés.

Obs. XLI. — *Coxalgie au deuxième degré; luxation incomplète. Autopsie*². — Taylor, homme d'un âge moyen, fut reçu à l'hôpital Saint-George, dans l'automne de 1805, pour une maladie du genou gauche. Tourmenté par d'autres affections, il mourut dans le mois de février 1806.

A l'inspection du cadavre, on trouva que les parties molles voisines de l'articulation étaient légèrement enflammées, et que de la lymphe coagulable s'était répandue dans le tissu cellulaire qui enveloppe le ligament capsulaire.

Il n'y avait pas vestige du ligament rond: l'ulcération avait détruit les cartilages presque en totalité.

La carie avait atteint les os dans leur surface dénudée; mais ils conservaient leur forme et leur grandeur naturelles. La cavité cotyloïde était presque entièrement remplie de pus et de matière coagulable; celle-ci était

¹ Roux, *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, t. XXXVI, p. 555, année 1771.

² Brodie, *Maladie des articul.*, traduct. franç., p. 412.

adhérente à l'os carié, et était devenue très-vasculaire. La tête du fémur avait passé derrière l'iléon. Le ligament capsulaire et la membrane synoviale se trouvaient très-dilatés; et supérieurement, leur attache à l'os était poussée en haut de telle sorte que, bien que la tête du fémur ne se trouvât pas profondément dans la cavité cotyloïde, elle était encore dans la cavité de l'articulation.

L'individu n'ayant pu attribuer cette affection à aucune cause locale, nous pouvons conclure que l'ulcération du cartilage était la maladie primitive, et que la luxation était la suite immédiate du déplacement de la tête du fémur, occasionné par la collection de pus et de lymphes coagulables dans la cavité de l'articulation; alors la tête se trouva tirée en dehors par l'action des muscles qui viennent s'attacher au grand trochanter.

Obs. XLII. — *Luxation congénitale double incomplète sur une petite fille de deux mois et demi*¹. — Cette enfant abandonnée, apportée le 8 mai 1857 dans le service de M. Baron et couchée au numéro 21, présente une maigreur générale avec pâleur prononcée de la face, hépatisation du poumon droit et irritation intestinale. Elle meurt le 16 mai.

Nécropsie. — Hépatisation du poumon droit; légère rougeur de l'iléon; état sain du foie, des reins, de la vessie; le trou de Botal et le canal artériel sont oblitérés. Le cerveau, le cervelet, la moelle de l'épine et les plexus lombaires n'offrent aucune altération appréciable. Les deux humérus et le fémur droit présentent un gonflement rachitique peu considérable à leur partie moyenne.

Les grands trochanters paraissent plus écartés l'un de l'autre, et plus rapprochés de la crête iliaque que dans l'état ordinaire. Les talons sont rapprochés, et la pointe du pied regarde en dehors. Les muscles sont généralement peu colorés comme tous les muscles du sujet, mais sans altération appréciable. L'articulation coxo-fémorale mise à découvert offre les modifications suivantes: la tête du fémur, incomplètement luxée en haut et en dehors, appuie fortement sur le bourrelet cotyloïdien, où elle s'est creusée une dépression peu profonde. Celle-ci est formée: 1° par le bourrelet fibreux aplati et étalé; 2° par une surface cartilagineuse séparée du cotyle primitif par une arête anguleuse interrompue dans son milieu par une échancrure lisse, sur laquelle glisse le ligament rond. Cette nouvelle cavité forme une sorte de croissant dont le diamètre a quinze millimètres, et le plus petit huit à neuf seulement. Elle est en large communication avec l'ancienne. Celle-ci est d'ailleurs bien conformée et comme dans l'état sain. Cependant, à cause de l'aplatissement de son bord, elle ne peut loger complètement la tête du fémur. Son diamètre antéro-postérieur a seize millimètres; la même distance existe entre la crête qui sépare les deux cavités et le milieu de la

¹ Arch. gén. de méd., août 1842; Mém. de M. Parissé, p. 459.

grande échancrure cotyloïdienne. Sa profondeur est de sept à huit millimètres. Le tissu adipeux de son fond n'est pas hypertrophié. Elle était remplie par la synovie qui s'est écoulée, lors de l'incision de la capsule, en plus grande abondance que dans les cas ordinaires. Son bord est garni d'un bourrelet fibreux qui, revenu sur lui-même, recouvre en partie l'ancienne cavité, et s'oppose à ce que la tête fémorale puisse pénétrer jusqu'au fond de celle-ci. Arrivé à la dépression de nouvelle formation, ce bourrelet s'étale pour concourir à la former.

Le col du fémur et les trochanters sont bien conformés; la tête, dont les diamètres antéro-postérieur et vertical ont de seize à dix-sept millimètres, vue par sa partie antérieure, est comme dans l'état sain; en arrière et en dedans elle est aplatie. Sur cette face aplatie se voit une gouttière dirigée presque directement en arrière et destinée à loger le ligament rond. Celui-ci, inséré comme dans l'état normal, très-résistant et allongé, a vingt-deux millimètres de longueur. La surface aplatie de la tête fémorale correspond exactement à la cavité nouvelle, lorsque le fémur est fléchi sur le bassin; de telle sorte qu'il forme, avec la branche horizontale du pubis, un angle droit, en même temps qu'il est porté dans la rotation externe. Dans cette position, le ligament rond tendu en travers de l'ancien cotyle est exactement contenu entre deux gouttières, l'une creusée sur le fémur, l'autre sur la crête cartilagineuse qui sépare les deux cotyles; ce qui démontre, à n'en pas douter, que la luxation s'est produite et s'est maintenue dans la position que nous venons d'indiquer.

La capsule est intacte, naturellement insérée autour du col et de l'ancien cotyle. Autour de la dépression nouvelle, elle est refoulée en même temps que le bourrelet fibreux, lequel n'est pas entièrement confondu avec elle. Le tendon réfléchi du droit antérieur vient la renforcer. Elle est plus dilatée en tous sens que dans l'état normal. En bas et en dedans, elle semble se confondre avec le ligament qui convertit en trou la grande échancrure. Ce ligament et quelques fibres de la capsule déjà revenues sur elles-mêmes forment une membrane étendue sur la partie inférieure du cotyle. Paletta (*loc. cit.*, p. 88) a noté une disposition pareille, dont il ne s'est pas bien rendu compte.

La réduction de cette semi-luxation est facile: il faut pour cela porter la cuisse dans la flexion, l'abduction et la rotation *en dedans*.

Le bassin, comparé à celui d'un enfant de même âge, n'offre pas de déformation bien évidente. Voici, au reste, ses principales dimensions: diamètre sacro-pubien, trente-sept millimètres; diamètre transversal près des symphyses sacro-iliaques, trente-sept millimètres; diamètre biscliatique, trente-quatre millimètres; diamètre cocci-pubien, de vingt-cinq à trente-cinq millimètres, selon la position du coccyx; d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, huit centimètres; du fond du cotyle à l'autre, trente-

sept millimètres; du milieu de la dépression articulaire nouvelle à l'autre, six centimètres.

Obs. XLIII. — *Ankylose complète*¹. — En octobre 1855, j'ai présenté une ankylose de l'articulation ilio-fémorale, dans laquelle il y avait une fusion complète de la tête du fémur avec l'os des îles. Cette pièce provenait d'un sujet âgé. Il y avait hypertrophie des cellules du tissu réticulaire des deux os.

Obs. XLIV. — *Ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Autopsie*². — Le sujet sur lequel a été trouvée cette pièce pathologique est un homme de trente-cinq à quarante ans au plus. Reçu le mois dernier dans le service de M. Rostan, pour une phthisie avancée à laquelle il succomba, on ne reconnut point la maladie de la hanche, dont le malade n'avait point parlé. Cet individu exerçait la profession de cordonnier, et d'après les renseignements, assez vagues du reste, que nous avons pu nous procurer des parents eux-mêmes, il paraîtrait que la maladie de l'articulation datait déjà de plusieurs années, trois ou quatre, nous a-t-on dit. Ce n'est qu'à l'École pratique, où le cadavre fut envoyé, que nous découvrîmes l'ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche.

Examen des membres inférieurs, le malade étant étendu dans la position horizontale. — La cuisse du côté gauche est manifestement fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse; le membre est tourné dans la rotation en dehors. Si on saisit la cuisse et qu'on fixe solidement le bassin, il est impossible de lui faire exécuter des mouvements de rotation, soit en dedans, soit en dehors. Nous essayons d'étendre et de fléchir le membre, même impossibilité absolue. Pendant ces diverses manœuvres, la main droite, placée sur la crête de l'os des îles, nous indique, d'une manière précise, que les mouvements communiqués au membre sont directement transmis au bassin, qui se déplace en totalité. On cherche à faire mouvoir la cuisse sur son axe, immobilité complète, mais soulèvement du bassin si nous employons une certaine force. Le même résultat est obtenu en imprimant des mouvements d'extension ou de flexion; les deux membres abdominaux sont rapprochés et examinés comparativement. L'inspection suffit seule pour découvrir un abaissement assez marqué de la cuisse du côté gauche.

Pour mieux juger de cette inclinaison, nous avons de suite recours au mode de mensuration conseillée par le professeur Sanson. Nous trouvons un allongement apparent du membre gauche et un raccourcissement réel du même côté.

Dissection. — La peau, au voisinage de l'articulation, ni dans le reste de

¹ Maisonneuve, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*.
Bulletin de la Société anatomique, septembre et octobre 1844

son étendue, ne nous offre aucune trace de cicatrices anciennes, aucune solution de continuité. Nous notons le peu d'embonpoint du sujet, et l'extrême amaigrissement du membre inférieur gauche. Les muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale par leur face superficielle, ne présentent rien de remarquable; par leur face profonde, les muscles psoas-iliaque, obturateur interne, pectiné, carré, jumeaux pelviens, petit fessier pyramidal, ont une apparence fibreuse. Ils sont convertis en un tissu serré, blanc, résistant, et superposé par couches assez épaisses. Ce tissu se fond avec la capsule orbiculaire, qui ne saurait être isolée. La synoviale, qui sépare supérieurement le psoas de la capsule, n'existe pas. Le muscle droit antérieur de la cuisse n'a plus deux tendons distincts, ils sont confondus en un seul.

Description des os. — Le fémur est solidement uni à l'os coxal, dans son articulation; l'ankylose est complète; le condyle interne est plus élevé que l'externe, et avance beaucoup en avant et en dedans, l'extrémité supérieure du fémur est déjetée en dehors et en arrière; le grand trochanter est rapproché de la tubérosité ischiatique; le petit trochanter regarde plus en avant qu'à l'état normal; le fémur est moins développé que celui du côté opposé; la tête fait une saillie en dedans et en avant; en dehors de l'épine iliaque antérieure et inférieure, part une jetée osseuse qui va se confondre insensiblement à la base du col; le volume de la tête semble augmenté; du côté interne, on ne peut distinguer la tête du fémur de l'os iliaque, à cause d'une masse de tissu osseux. Une section verticale de l'os fait voir qu'il n'existe aucune séparation entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur. La soudure est intime, la continuité entre les deux os est manifeste.

Obs. XLV. — *Coxalgie au deuxième degré en voie d'ankylose, malgré la perforation de la cavité cotyloïde. Mort par suite d'épuisement*¹. — Un soldat de l'un des régiments suisses de la garde, nommé Chisler, âgé de vingt-deux ans, fut transporté à l'hôpital de ce corps, au commencement de 1824, présentant tous les symptômes d'une fémoro-coxalgie gauche, arrivée au troisième degré. L'aîne du même côté était le siège d'un abcès volumineux s'étendant profondément dans le bassin. L'affection était en outre caractérisée par un raccourcissement du membre, qui était alors de plus de vingt-sept millimètres, par les douleurs locales, celles sympathiques du genou, la fièvre symptomatique, l'insomnie, la maigreur extrême, et l'impossibilité de faire exécuter des mouvements au membre sans occasionner de vives douleurs. De nombreuses sangsues, des vésicatoires et plusieurs cautères avaient été appliqués dans la région fessière du côté malade pendant un séjour de près d'une année que fit ce soldat à l'hôpital de Versailles.

¹ Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 354.