

On reconnut que l'onanisme avait été, chez ce jeune homme, la principale cause prédisposante de la maladie. On lui appliqua un gilet de force pour l'empêcher de s'y livrer de nouveau. Les cautères furent supprimés et leurs plaies se cicatrisèrent. Après quelques jours de repos, le traitement fut recommencé par l'application du cautère transcurrent et rougi à blanc, puis vint l'emploi des moxas, posés deux à deux sur la même région sciatique, derrière le trochanter. Malgré l'emploi de ces révulsifs, l'abcès fit des progrès rapides et menaçait de s'ouvrir spontanément. Ce motif, joint à la persuasion que la carie était arrêtée, les douleurs et la fièvre symptomatique n'existant plus, fit décider l'opération. Un couteau rougi à blanc fut plongé dans le kyste, d'où s'écoula environ un litre et demi de liquide séropurulent, chargé de flocons cellulux, de petits grains osseux et de parcelles cartilagineuses, détritux de la carie. Le pansement terminé, le membre fut remis dans sa rectitude normale et maintenu dans la même position par des coussinets cylindriques de balle d'avoine, roulés dans un demi-drap et fixés par des liens. Repos absolu du malade.

Après les premiers neuf jours, son état est des plus satisfaisants, et il va ensuite de mieux en mieux. La suppuration de l'abcès diminue et prend de la consistance, les fonctions se rétablissent et le malade a repris de l'embonpoint. Parvenu au deuxième mois du traitement, le malade exécutait toute espèce de mouvement, sans éprouver la moindre douleur à la cuisse, qui paraissait très-avancée dans l'ankylose. Toutefois, l'usage des moxas fut continué jusqu'au trente-troisième jour, et le repos fut gardé par le malade jusqu'au seizième mois. A cette époque, le raccourcissement était de trente à trente-deux millimètres, et l'extrémité parfaitement droite; il lui fut permis de se lever; il put se tenir debout et même faire quelques pas à l'aide de béquilles. Considéré comme à peu près guéri, il revint tout à coup à la masturbation, retomba frappé de tous les signes de la même maladie, siégeant cette fois dans les vertèbres lombaires, et caractérisée par un abcès symptomatique qui s'ouvrit dans la région lombaire droite. Les accidents de la récurrence marchèrent d'autant plus vite que le malade se refusa à se laisser poser de nouveaux moxas. Peu de jours après l'apparition de cet abcès, il mourut dans un état de convulsion tétanique.

*Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* — Le corps des trois premières vertèbres lombaires est carié jusque dans le canal rachidien : de là part la fusée purulente qui a produit l'abcès énorme de la région lombaire. Les intestins sont le siège d'une phlegmasie chronique et de taches gangréneuses; les testicules, réduits par l'atrophie, sont de la grosseur de petits haricots.

La carie de l'articulation coxo-fémorale a entièrement disparu; tous les points des pièces articulaires attaquées précédemment par cette vermoulure sont cicatrisés : la tête du fémur manque entièrement; la portion de col à

laquelle elle était unie est lisse et arrondie; son côté interne est ankylosé ou soudé avec la paroi interne et supérieure de la cavité cotyloïde, qui est elle-même percée du côté du bassin, dans une étendue de vingt-huit à trente millimètres. Cette ouverture est en partie bouchée par le sommet de cette éminence, et toute cette région articulaire est recouverte par un tissu fibreux semblable au périoste du reste du bassin. En dehors, la cavité cotyloïde, dont le rebord est déjà très-affaissé, est recouverte d'un tissu cellulaire dense et serré. Le fémur, parallèle à celui du côté opposé, paraît beaucoup plus léger et plus grêle que le droit, qui, comparé à lui, est reconnu de vingt-huit millimètres plus long.

OBS. XLVI. — *Suppuration et ankylose dans l'énarthrose du fémur.* *Mort*<sup>1</sup>. — Un homme de cinquante et un ans, portant un fardeau sur l'épaule droite, tomba de sa hauteur sur le genou, du même côté, et fut en même temps renversé. Il fut à l'instant si vivement blessé dans l'articulation supérieure du fémur, qu'il ne lui fut plus possible de remuer cette partie, et qu'on fut obligé de le transporter dans son lit : il l'a gardé pendant le reste de ses jours. Au bout de l'an, il s'aperçut que cette extrémité était plus courte que l'autre, et ce raccourcissement allait à onze centimètres. Quand je vis le malade, quatre années après sa chute, je lui trouvai le fémur soudé avec l'os innominé, une fistule auprès de l'anus, qu'il portait depuis deux ans, et un dépôt au côté externe de la cuisse, qui fut ouvert avec deux coups de trocart; ces ouvertures firent par la suite *deux fistules*, sans éteindre l'ancienne, et elles recevaient toutes le pus du siège primitif de la maladie.

Le malade, en s'affaiblissant peu à peu, mourut au commencement de la sixième année de sa maladie, après l'ouverture fistuleuse du dernier dépôt. L'ouverture du cadavre confirma cette description.

OBS. XLVII. — *Cancer de l'articulation coxo-fémorale*<sup>2</sup>. — M. J. Burns, dans le second volume de la *Dissertation sur l'inflammation*, page 311, a rapporté un cas remarquable dans lequel cette articulation fut le siège de cette affection incurable et funeste que l'on nomme *fungus hæmatodes*. On crut reconnaître d'abord une coxalgie. Le membre paraissait allongé, et l'on employa des cautères sans aucun avantage réel : la partie supérieure se tuméfia, tandis que l'inférieure fut atrophiée. Le malade perdit l'appétit; il avait le poulx vif, et passait les nuits sans dormir. La partie fut frottée avec le baume anodin, et on administrait le laudanum chaque nuit. Mais ces moyens ne produisirent que des avantages passagers. Après quelques mois, il survint une légère rétention d'urine, qui finit par devenir complète.

<sup>1</sup> Aurran, *Journal de méd.*, p. 236; 1772.

<sup>2</sup> Sam. Cooper, *Dictionn. de chirurg.*, t. I, p. 222.

Comme on prit pour la vessie distendue une tumeur large et élastique que l'on sentait à travers le rectum, un trocart fut enfoncé dans cette tumeur : il en sortit une assez grande quantité d'un fluide sanguinolent, ensuite il s'écoula par l'urèthre une quantité considérable d'urine fétide et d'une couleur très-foncée. Le malade mourut environ une semaine après cette opération.

A l'ouverture, M. Burns trouva l'articulation de la hanche complètement entourée d'une matière molle, cérébriforme; et l'on rencontra, répandues çà et là, d'autres cavités remplies d'une eau légère et sanguinolente. La cavité de l'articulation et la tête du fémur étaient cariées; les muscles étaient entièrement décolorés, et ressemblaient presque à du foie qui a été bouilli, ayant perdu leur apparence fibreuse. On trouva dans le bassin la même espèce de substance, et la plus grande partie des os affectés étaient cariés. De grandes cellules, remplies de ce liquide sanguinolent, se présentèrent dans la substance affectée, et c'est dans l'une de ces cavités que le trocart était entré lorsqu'on avait voulu ouvrir la vessie.

Obs. XLVIII. — *Coxalgie au deuxième degré; col du fémur horizontal. Mort*<sup>1</sup>. — M. Boudet montre les os pelviens d'un homme de vingt-huit ans, mort avec un calcul qui oblitérait le canal cystique. La vésicule biliaire est grosse comme un œuf de poule, transparente; elle renferme un liquide incolore et peu filant. Le foie est jaune et non ratatiné. Ce jeune homme avait un raccourcissement des deux membres inférieurs et tous les autres signes d'une luxation en haut et en dehors. Il éprouvait de vives douleurs; des fistules existaient à droite : de la fièvre survint, et bientôt le marasme et la mort. La cavité cotyloïde droite était atrophiée, triangulaire; son bord postérieur était recouvert de cartilage. La capsule, unie à ce bord par une extrémité, était restée adhérente par l'autre au col du fémur, de sorte que la tête de cet os en était encore enveloppée. Il existait un peu de pus dans la cavité cotyloïde. La tête du fémur était très-petite, presque dénudée de cartilage. Deux petits tubercules se trouvaient dans son tissu. La cavité cotyloïde droite était également triangulaire, presque oblitérée. Le col du fémur était devenu horizontal, et la tête ne dépassait pas le niveau du sommet du grand trochanter. Elle était dénudée de cartilage, infiltrée de pus, et le petit fessier avec lequel elle se trouvait en rapport était également infiltré de ce liquide. La capsule était détruite. La tête du fémur n'offrait pas d'hypertrophie interstitielle. Ganglions et poumons tuberculeux. Le malade, qui était très-affaibli, a dit n'avoir pas été toujours contrefait; cependant, d'autres renseignements tendent à faire croire que ses luxations étaient congénitales.

<sup>1</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, p. 41; 1859.

Obs. XLIX. — *Coxalgie ayant déterminé un abcès dans la gaine du muscle psoas-iliaque; ostéite. Mort*<sup>1</sup>. — M. C... présente une pièce anatomique consistant dans un abcès de la fosse iliaque; la poche qui renferme le pus est complète, et communiquée seulement avec l'articulation coxo-fémorale droite. La tête du fémur et le rebord de la cavité cotyloïde sont détruits partiellement; la fosse iliaque et son périoste sont intacts.

Ce fait met hors de doute la possibilité d'un abcès par congestion, suivant un trajet ascendant dans l'épaisseur du muscle iliaque.

Obs. L. — *Abcès de la fosse iliaque ouvert dans l'articulation coxo-fémorale. Mort*<sup>2</sup>. — M. Deville a rapporté à la Société anatomique l'observation d'une femme chez laquelle un abcès s'était formé à la partie supérieure et postérieure de la cuisse, quelque temps après l'accouchement. Cet abcès, qui fut ouvert par M. Bérard, fournit pendant plusieurs jours beaucoup de pus. Le malade s'affaissa et ne tarda pas à succomber.

Il existait sous le grand fessier un vaste foyer qui se prolongeait au-dessous du bord inférieur du moyen fessier, gagnait la partie postérieure du grand trochanter, contournait le fémur jusqu'au petit trochanter, et remontait en suivant le psoas jusqu'au petit bassin, dans lequel on voyait la tête du fémur à nu par suite de la destruction du fond de la cavité cotyloïde.

Obs. LI. — *Fracture des cartilages diarthrodiaux*<sup>3</sup>. — Une jeune femme tombe sur le grand trochanter : au même instant douleur très-vive, impossibilité de faire un pas. On ne reconnaît ni luxation ni fracture. Repos au lit : bientôt après, allongement du membre. Repos, sangsues, vésicatoires volants. Le membre se rétablit dans son état naturel; guérison apparente. Cinq ans après, nouveaux symptômes, douleurs, allongement du membre. Même traitement. Guérison, mais gêne dans les mouvements; douleurs aux changements de température. Elle succombe dix ans après sa chute, par suite d'une fièvre grave. A l'ouverture, je trouvai dans l'articulation coxo-fémorale une quinzaine de petits corps cartilagineux libres, aplatis, lesquels étaient évidemment des fragments détachés des cartilages articulaires; car l'un et l'autre cartilage présentaient une perte de substance qui était, autant que je pus l'apprécier, en rapport avec le nombre et les dimensions des petits corps cartilagineux. Il n'y avait aucun travail réparateur : on eût dit que le brisement venait d'avoir lieu. Comment se fait-il que les corps cartilagineux n'aient pas été absorbés?

Obs. LII. — *Disparition complète de la tête et du col du fémur*<sup>4</sup>. — Un

<sup>1</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, t. IX; mars 1840.

<sup>2</sup> *Ibid.*; juin 1845.

<sup>3</sup> Cruveilhier, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 165.

<sup>4</sup> Communiquée par M. Natalis Guillot.

vieillard septuagénaire, atteint d'une pneumonie double, est apporté à l'infirmerie pendant le mois d'août.

Cet homme, dont l'intelligence est en grande partie effacée, et dont les réponses sont fort obscures, présente à la fois les symptômes d'une affection médicale et d'une lésion du ressort de la chirurgie.

Je conserve seulement ici les détails relatifs à cette seconde maladie, et je me contente de dire que l'affection de la poitrine détermine la mort du malade quelques jours environ après son entrée dans les salles.

Le décubitus de ce vieillard est dorsal. La station verticale est impossible à cause de sa grande faiblesse. Cependant, la marche a été possible avec le secours d'une béquille; elle était fort gênante pour le malade, qui sortait peu de son lit depuis quelque temps.

Cet homme s'est servi d'une béquille depuis fort longtemps. L'usage de cet instrument date de plus de vingt années. Comme sa mémoire est éteinte, il n'est plus possible de savoir à quelle occasion ce vieillard a commencé à se servir de cet instrument pour se soutenir.

Le membre gauche de ce malade est fléchi sur le bassin et naturel dans l'adduction. On peut l'étendre avec facilité et le sortir de cette position subite sans déterminer de douleur. Les différents mouvements de rotation, d'adduction, d'abduction, ne sont nullement pénibles; le malade peut les exécuter seul. Lorsque ce membre est étendu, on remarque qu'il est plus court de plus de quatre centimètres que le membre droit. Ce raccourcissement dépend du fémur dont les condyles sont plus élevés à gauche qu'à droite.

La région trochantérienne n'offre aucune saillie; rien de local n'annonce une lésion, telle qu'une luxation ou qu'une ancienne fracture.

Si on suit le fémur jusqu'au trochanter, la maigreur du membre permet cet examen, on ne sent aucune déformation dans la continuité de l'os; aucune saillie osseuse ne peut être reconnue dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale.

La région inguinale seule offre à considérer une tumeur saillante et visible à l'œil. Cette tumeur est sous-jacente à l'artère, elle soulève ce vaisseau dont on voit les battements; elle soulève également la veine crurale placée également sous la peau parallèlement à l'artère et en dehors de ce vaisseau.

La pression détermine fort bien les caractères de l'artère, dont les pulsations sont fort nettes.

La tumeur a sa limite inférieure à trois centimètres environ du ligament de Poupart; sur les côtes, elle dépasse l'artère qui la coupe à son milieu de trois centimètres en dedans et en dehors. En haut, la délimitation est obscure et impossible; on ne peut suivre nettement la tumeur au-dessus du ligament de Poupart.

Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est fixe, lisse et régulière; elle est fluctuante et douloureuse au toucher.

Le vieillard prétend que cette tumeur est récente, qu'elle date de huit ours.

Après l'examen de cette affection, je crus devoir prendre l'avis de mon collègue, et M. Nélaton vit le malade. Nous ne pensâmes point à ouvrir la tumeur, quoiqu'elle fût fluctuante; et malgré les assertions du malade, on crut la maladie plus ancienne qu'il ne le disait. L'état fort grave de la poitrine autorisait à n'entreprendre aucune opération.

Le malade mourut.

On rencontra les particularités suivantes dans les régions supérieures du membre inférieur gauche :

1° Le membre raccourci n'a plus ni tête, ni col du fémur, il n'existe qu'une surface lisse, oblique de bas en haut, qui termine le fémur à son extrémité supérieure; le biseau de cette surface est terminé par le grand trochanter; il commence au petit trochanter. Autour de ce biseau mousse naît la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

Cette surface osseuse n'est point recouverte de cartilage, elle est lisse et usée.

L'os iliaque sur lequel appuie et frotte cette surface n'a point de cavité cotyloïde; à la place de cette cavité on remarque seulement une superficie légèrement saillante, inégale, privée également de cartilage; et dans son centre et à sa circonférence, cette saillie, fort légère, est en rapport avec les surfaces de l'os de la cuisse.

Aucune trace de bourrelet graisseux ou de ligament inter-articulaire n'existe.

Autour de cette surface articulaire de l'os iliaque naît la capsule fibreuse, qui va s'attacher au fémur, et qui retient en contact les parties osseuses.

Cette capsule est distendue par une certaine quantité de liquide synovial, de sorte que l'articulation n'est pas très-serrée.

Ce liquide synovial est jaunâtre, semblable à de la bile peu colorée; il est filant et visqueux.

En examinant la capsule synoviale, on trouve dans le voisinage du petit trochanter, au-dessus de cette éminence et de l'insertion des muscles psoas et iliaque, un orifice dans lequel on peut, sans difficulté, introduire le doigt; cet orifice est le commencement d'un canal qui contourne la direction des muscles psoas et iliaque, et vient aboutir, en dedans du tendon de ce muscle, à la tumeur située dans l'aîne.

Cette tumeur, en rapport en dehors avec les muscles psoas et iliaque, avec le couturier, en dedans avec les adducteurs, en arrière avec la branche horizontale du pubis et le muscle obturateur externe, soulève en avant l'artère et la veine, dépasse en haut le ligament de Fallope, et se prolonge le long des muscles psoas et iliaque, dans le bassin, dans une étendue de quatre à cinq centimètres.

Cette tumeur renferme de la synovie, que la pression refoule dans l'articulation coxo-fémorale, et qui parcourt alors le canal que je viens d'indiquer. Ce liquide est absolument le même que le liquide contenu dans les surfaces articulaires.

L'enveloppe de cette tumeur est fibreuse, dense et consistante, elle se confond avec la capsule fibreuse de l'articulation, et paraît être de même nature. Cette enveloppe adhère intimement aux muscles psoas et iliaque, ainsi qu'aux vaisseaux et aux nerfs cruraux, qui sont aplatis et divisés au-devant d'elle.

La surface intérieure de cette tumeur est inégale, couenneuse et jaunâtre, comme les surfaces de la membrane séreuse articulaire. On ne remarque dans les anfractuosités de cette surface aucune trace de pus ou de matière osseuse.

### TROISIÈME PARTIE

#### CAUSES

Les opinions les plus diverses ont été émises sur l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Nous allons les passer rapidement en revue.

1° J. L. Petit<sup>1</sup> attribue le développement de cette maladie à une seule cause, la contusion de l'articulation par suite d'une chute sur le grand trochanter ou sur les genoux. « Lorsque, dit-il, dans une chute, le grand trochanter est frappé, la tête du fémur est violemment poussée contre les parois de la cavité cotyloïde, et comme elle remplit exactement cette cavité, les cartilages, les glandes de la synovie et le ligament de l'intérieur de l'article, devront souffrir une forte contusion, qui sera suivie d'obstruction, d'inflammation et de dépôt. »

2° Dzondi, tout aussi exclusif que J. L. Petit, mais dans un autre sens, fait abstraction des lésions traumatiques, n'admet qu'une seule cause capable de produire la coxalgie, ou du moins la coxalgie susceptible de se terminer par luxation; c'est ce qu'il appelle l'*irritation rhumatique*, en d'autres termes, la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspi-

<sup>1</sup> *Maladies des os*, t. I, p. 510.

ration cutanée, dans un moment où ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. Voici comment il s'exprime<sup>1</sup> : « On range parmi les causes de la luxation spontanée les agents morbifiques mécaniques, les chutes, les coups, les tiraillements, les distensions, etc., la disposition scrofuleuse, ou les scrofules déclarés, l'infection des liquides par la syphilis, l'acrimonie goutteuse. Mais je dois avouer hautement que, parmi les cas nombreux que j'ai vus depuis trente ans, il ne s'en est pas présenté un seul où la maladie pût être attribuée à l'une de ces causes. Les inflammations de l'articulation coxo-fémorale accompagnées de claudication, qui sont le résultat de violences, comme des chutes, des coups, etc., diffèrent totalement de la luxation spontanée. Celle-ci reconnaît toujours pour cause, à mon avis, une irritation rhumatique, c'est-à-dire la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment où ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. En général, dans les cas où une irritation de cette nature détermine l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, ce n'est pas le corps entier qui se trouvait exposé à l'action d'un air froid et humide, mais seulement la partie qui doit être le siège du mal, et qui était accidentellement dans un état d'excitation, d'élévation de température, et de transpiration abondante. Les bonnes d'enfants, lorsqu'ils ne marchent pas, les asseoient souvent sur un sol frais et humide, surtout dans les jardins, après les avoir tenus plus ou moins longtemps sur le bras. Cette position sur le bras de la bonne ou de la nourrice échauffe, chez ces enfants, le voisinage de la hanche, et augmente la perspiration cutanée de ces parties; si on les place ensuite, le derrière tout nu, comme cela arrive d'ordinaire, sur la terre ou sur l'herbe, il est inévitable que la transpiration soit brusquement supprimée. Quand les enfants peuvent courir, et sont dans l'âge où ils aiment à se livrer à des jeux fatigants, et qui provoquent une sueur abondante, il leur arrive souvent de s'asseoir sur le sol pour se reposer. Ce sont

<sup>1</sup> *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IV, p. 508.