

voit que les fibres du col se sont comme éparpillées, comme les racines d'une plante pivotante, pour s'irradier en plongeant dans la cavité cotyloïde, avec laquelle elles se continuent. Toute la cavité en haut, au niveau du pubis, en bas, à la tubérosité de l'ischion, s'est atrophiée, n'éprouvant plus d'action de la part de la tête; l'échancre cotyloïde s'est aussi considérablement élargie, en même temps que le plancher de la cavité articulaire est très-mince dans ce point.

Intérieurement, on voit une ligne de substance compacte, indiquant l'aplatissement qu'a subi la cavité pour laisser glisser la tête en haut. Une partie de substance spongieuse, placée au-dessus du col du fémur, indique la partie de la cavité et des ligaments qui ont été entraînés.

Du reste, comme dans toutes les ankyloses, c'est au niveau du coude et dans la concavité que le dépôt de substance a le plus d'épaisseur : ainsi il n'a pas moins de dix-huit millimètres de hauteur.

3° *Luxation*. — Cette lésion, essentiellement due à la coxalgie, dont elle n'est qu'un épiphénomène, a de tout temps fixé l'attention des observateurs; elle mérite de nous arrêter un instant.

On appelle *luxation coxalgique ou spontanée du fémur*, celle qui survient sous l'influence d'une maladie organique de la hanche.

*Variétés*. — Cette luxation a présenté aux observateurs toutes les variétés imaginables : il en est de complètes, et c'est le plus grand nombre; il en est d'incomplètes; que la cavité cotyloïde soit déformée ou intacte, il en est dans lesquelles la capsule articulaire est encore entière : c'est à cette variété même que M. Parise rapporte certaines luxations congénitales; il explique l'absence de suppuration et de destruction des parties, en disant que chez le fœtus et les enfants très-jeunes, la tête du fémur n'étant point ossifiée, n'est susceptible d'aucun travail pathologique.

D'autres fois, la capsule est rompue ou détruite par la suppuration. Quant à la position de la tête, on l'a trouvée : 1° dans le bassin à travers la cavité cotyloïde (ce n'est véritablement pas là une luxation); 2° dans la fosse iliaque externe; 3° dans la fosse ovale; 4° sur le pubis; 5° dans l'échancre sciatique; 6° sur presque tous les points du rebord cotyloïdien.

L'anatomie pathologique de cette lésion, qui, vu sa fréquence et la facilité d'en recueillir les preuves anatomiques, semblerait devoir être connue dans tous ses détails, laisse encore beaucoup à désirer. Les collections périodiques, nos musées, les ouvrages classiques, ne contiennent presque rien à ce sujet. La luxation dans la fosse iliaque est presque la seule dont on ait donné une description satisfaisante.

La tête du fémur, dit M. Humbert, remontée vers la fosse iliaque, se trouve quelquefois comme coiffée par le petit fessier, qui lui donne alors une position plus fixe. Plus souvent elle est placée entre l'os des îles, le petit fessier et le moyen fessier qui la recouvrent; on conçoit alors qu'elle a moins de fixité, et que la longueur du membre est variable. Là où le point de contact a lieu entre la tête du fémur et l'os iléon, ce dernier présente un enfoncement plus ou moins marqué, résultat de la pression longtemps exercée sur lui; d'un autre côté, la tête du fémur a diminué de volume et s'est aplatie pour toucher à l'iléon, par une surface plus étendue; les fibres musculaires environnantes se sont durcies, ont pris l'aspect d'un tissu blanchâtre et fibreux qui affermit les nouveaux rapports des os. L'ancienne cavité cotyloïde a diminué de profondeur et d'étendue; quelques observateurs l'ont même trouvée oblitérée et remplie par une matière tantôt osseuse, tantôt d'apparence charnue.

*Causes et mécanisme*. — Nous avons vu déjà, dans le cours de ce travail, combien étaient diverses les opinions relatives au mécanisme de la luxation spontanée du fémur; nous n'y reviendrons pas : seulement nous ferons remarquer qu'on peut les rattacher à cinq théories principales :

1° Dans l'une, la luxation est due à l'accumulation d'un liquide qui, repoussant le fémur, le livre à l'action musculaire : c'est la théorie de J. L. Petit, que l'on trouve dans les anciens, Hippocrate, Galien, Paul d'Égine, les Arabes, Fabrice d'Aquapendente, qu'ont admise Heister, Morgagni, Van Swieten, Platner, Brodie, Lesauvage, M. A. Bérard, etc.

2° La seconde, aussi fort ancienne, puisqu'elle remonte à

Asclépiade le Bithynien, attribue la luxation au développement d'une tumeur qui, remplissant la cavité cotyloïde, en chasse le fémur; quant au siège et à la nature de cette tumeur, il y a dissidence. *A.* Les uns, avec Gorter, Andry, en font une exostose, un cal, ce qui n'a pas été démontré. *B.* Pour d'autres, Bichat, Lobstein, Dzondi, etc., c'est un gonflement inflammatoire des cartilages, que l'anatomie pathologique n'admet pas. *C.* D'autres, avec Valsalva, Portal, Fallope, Morgagni, Boyer, l'attribuent au gonflement du tissu adipeux du fond de la cavité cotyloïde. Quelques faits viennent à l'appui de cette théorie, qui nous paraît vraie pour certains cas. *D.* Enfin, pour M. Rust, c'est la tête fémorale elle-même qui, se développant outre mesure, ne peut plus être contenue dans le cotyle.

3° La troisième théorie, plus moderne, soutenue par Sabatier, par Paletta, admise par Boyer, M. Fricke, M. Bégin, et presque tous les chirurgiens, ne voit dans la luxation que le résultat de la carie des os, soit des bords de la cavité, soit de la tête du fémur, soit enfin de l'une ou de l'autre : cette doctrine est fondée sur des observations d'anatomie pathologique nombreuses.

4° La quatrième appartient à M. Larrey : ce chirurgien célèbre, qui considérait la luxation coxalgique comme un phénomène extrêmement rare, faisait toujours intervenir quelque cause traumatique dans sa production.

5° Enfin, M. Parise, dont nous avons cité si souvent les recherches intéressantes, laissant de côté toutes ces théories exclusives, pose les conclusions suivantes :

1° Une collection de liquide peut se former dans l'article, et s'accroître sous l'influence d'une irritation, soit primitive, soit consécutive de la synoviale.

2° Le liquide répandu autour de la tête et du col du fémur, étant incompressible, agit comme s'il était contenu dans une cavité ostéo-fibreuse irrégulièrement arrondie, formée d'une part par la capsule, d'autre part par le cotyle et le col du fémur, supposé coupé au point d'insertion du ligament capsulaire.

3° Le liquide pressant également dans tous les sens et cherchant sa condition d'équilibre, fait continuellement effort pour donner à la cavité ostéo-fibreuse la forme qui lui permet de contenir le plus de liquide, c'est-à-dire la forme sphérique : tous les diamètres de cette poche s'accroissent ensemble; et comme le diamètre ilio-fémoral ne peut s'agrandir que par l'écartement des os, le fémur est éloigné de l'os iliaque : à mesure que le liquide s'accroît, l'écartement augmente.

4° Le sommet de la tête fémorale ne pouvant être amené au bord du cotyle par la réplétion simple de la cavité de l'article, il faut que cette cavité s'agrandisse par la dilatation, l'élongation de la capsule.

5° Cette dilatation se fait plus rapidement en haut et en arrière qu'en dedans et en avant; de là résulte un mouvement de bascule du fémur autour de la partie inférieure de son col, fixé par le faisceau antérieur et interne de la capsule.

6° Par ce mouvement de bascule, qui s'exécute sous l'influence de la dilatation inégale de la capsule, de l'action prédominante des adducteurs et du poids du membre, le genou est ramené en dedans, et la tête du fémur portée en dehors et en haut, vers l'échancrure postéro-supérieure.

7° Pendant ce temps, le ligament rond est allongé par l'action des muscles qui attirent le fémur en haut : lorsque la dilatation de la poche ostéo-fibreuse est assez grande pour que son diamètre ilio-fémoral soit agrandi de la profondeur du cotyle, ces muscles entraînent en haut la tête du fémur et la luxent d'abord incomplètement, puis complètement, sur l'échancrure postéro-supérieure.

8° Il faut deux conditions essentielles pour que la luxation se produise : 1° qu'une collection suffisante de liquide se forme; 2° que la cavité ostéo-fibreuse ne soit pas perforée; une de ces conditions manquant, la luxation n'a pas lieu. Lorsqu'elles existent, la carie des bords de l'acetabulum et de la tête du fémur rend la luxation plus facile et plus prompte, mais ne peut la produire seule, à moins de destruction osseuse très-étendue.

Quant à nous, nous pensons que le déplacement de la tête peut avoir lieu : 1° par le fait d'une accumulation de liquide dans la cavité, liquide qui repousse la tête du fémur; 2° par le fait du gonflement des parties molles du fond du cotyle; 3° par suite de la destruction des bords de cette cavité; 4° par suite de ramollissement et de la destruction plus ou moins complète de la capsule, combinée avec quelque effort du malade lui-même, quelque violence extérieure. Ces deux dernières me paraissent les plus fréquentes : nous avons vu, en effet, que la luxation n'arrivait presque jamais que dans la deuxième période de la maladie; par conséquent alors que le membre est fléchi, porté dans l'adduction forcée et la rotation en dedans. Or, dans cette position, la tête de l'os tend à s'écarter du fond de la cavité, et presse sur son bord postérieur. On conçoit alors, surtout si le bord est en partie désorganisé, que le moindre effort exercé sur le fémur, qui représente un bras de levier considérable, suffit pour changer les rapports des surfaces. Les deux premières causes, au contraire, rendent parfaitement compte des luxations qui surviennent à la première période.

Les symptômes auxquels donnent lieu ces déplacements, diffèrent à quelques égards de ceux fournis par les luxations accidentelles ordinaires; nous n'avons plus ici les mêmes conditions anatomiques.

1° *Luxation dans la fosse iliaque; luxation iliaque de M. Gerdy.* — Elle est caractérisée, 1° par un raccourcissement plus ou moins considérable : ce n'est plus ici une déformation apparente, mais bien un raccourcissement réel, qui tient à ce que la tête du fémur est remontée au-dessus de la ligne bico-tyloïdienne; 2° par une flexion plus ou moins prononcée de la cuisse; 3° par une rotation en dedans. Ce dernier symptôme, si constant dans la luxation traumatique, où il est déterminé par la résistance énorme du faisceau antérieur de la capsule articulaire, manque quelquefois dans la luxation coxalgique, lorsque ce faisceau n'existe plus, et le pied est tourné en dehors comme dans la fracture du col du fémur.

Quant au fémur, ou il se forme une place fixe qui tient lieu

d'articulation nouvelle, ou bien, mobile sur la face extérieure de l'os des iles, il monte et descend selon les mouvements, selon le poids qui charge l'extrémité malade, de manière que cette extrémité présente quelquefois dans sa longueur une différence qui peut aller jusqu'à onze centimètres et au delà, surtout vers la fin de la journée ou après une longue course<sup>1</sup>.

2° *Luxation dans la fosse ovale; sous-pubienne de M. Gerdy.* — Celle-ci est caractérisée par la présence d'une tumeur arrondie, dure, formée par la tête du fémur au-dessous de l'arcade crurale; le membre est allongé de quelques lignes, ou, selon M. Goyrand, allongé à l'œil et raccourci à la mesure; les genoux et les pieds sont tournés en dehors, la jambe est légèrement fléchie, la fesse tendue, aplatie ou creuse; son pli abaissé, les muscles adducteurs soulevés et formant une corde tendue. L'adduction et la rotation en dedans sont impossibles; le malade marche en fauchant.

3° *Luxation sur le pubis; sus-pubienne de M. Gerdy.* — Le membre est un peu raccourci, tourné en dehors; la tête du fémur, placée sur le pubis, fait à l'aîne une tumeur arrondie sur le côté interne de laquelle on sent les vaisseaux cruraux; la fesse est aplatie.

4° *Luxation dans l'échancrure sciatique; sacro-iliaque de M. Gerdy.* — Le membre est un peu plus court, le pied tourné en dedans, la cuisse très-légèrement fléchie, la tête du fémur peut être sentie quelquefois derrière le grand trochanter.

5° *Luxation ischiatique.* — Je n'en connais pas d'exemples, et je ne sache pas que les symptômes en aient été tracés; je parle de luxation spontanée.

Obs. LXX. — *Suppuration dans l'énarthrose du fémur, et luxation dans la fosse ovale. Guéri*<sup>2</sup>. — Un homme de vingt-deux ans ayant reçu un coup de pied, armé d'un sabot, sur le grand trochanter, il lui survint, deux mois après, un dépôt symptomatique, quatre travers de doigt au-dessous de cette apophyse; quelque temps après, il en parut deux autres, et sa cuisse devint plus longue : ces dépôts s'étant ouverts, ils furent remplacés par trois

<sup>1</sup> Humbert, de Morlaix, p. 175.

<sup>2</sup> Aurran, *Journal de méd.*, p. 258; 1772.

*fistules*. J'ai vu ce malade dans la deuxième année du choc; je lui trouvai le fémur luxé et logé dans le trou ovalaire; il marchait assez librement, quoiqu'il fût boiteux.

Obs. LXXI. — *Coxalgie; luxation produite par de mauvaises manœuvres; guérison avec claudication*<sup>1</sup>. — Au mois de mai 1686, une dame m'envoya prier de venir voir son fils, qui se plaignait d'une légère douleur au gros de la fesse qui répondait vers l'aîne; ce jeune homme boitait un peu depuis quatre jours, qu'étant assis sur l'herbe, on l'avait tiré par la jambe pendant trois à quatre pas. Aussitôt il ressent une légère douleur en cet endroit, qui avait toujours continué depuis, sans augmenter, même par la marche. J'examinai la partie de tous côtés, sans m'apercevoir d'aucun changement dans sa forme, à la vue ni au toucher. Je trempai un linge plié en quatre dans l'eau-de-vie, que j'appliquai sur l'endroit de la douleur.

Mais la bonne dame voyant que je n'avais employé que des paroles et un remède très-commun, envoya incessamment chercher un remetteur, qui commença par prendre ce pauvre jeune homme sur ses bras, mettant l'un sous ses aisselles et l'autre sous ses jarrets, et il lui mit la tête entre les genoux, ou plutôt les jambes et la tête ensemble, dont il ressentit des douleurs si cruelles, que, depuis ce temps-là, il n'eut plus de repos ni de patience.

Ce remetteur d'os ne s'en tint pas là, il augmenta encore ce tourment par le long tiraillement de deux forts hommes, auxquels il se joignit, qui achevèrent de lui causer une dislocation complète, qui l'a rendu boiteux pour toujours.

Comme ses douleurs augmentaient sans cesse, il me fit redemander; je lui fis appliquer tous les remèdes pour apaiser les extrêmes douleurs que les violents tiraillements avaient causées, depuis la hanche jusqu'au milieu de la cuisse, et même jusqu'au jarret.

Ses douleurs étant apaisées et la cuisse désenfée et presque dans son état naturel, je commençai pour lors à m'apercevoir que l'os était sorti de sa place; duquel la tête inclinait vers le dedans de la cuisse, sans néanmoins causer d'autres incommodités. Ce jeune homme avait la jambe blessée plus longue de deux pouces (cinquante-quatre millimètres) que la saine; il recommença à marcher, mais en boitant beaucoup. Je l'envoyai à Paris, et l'adressai à MM. Bienaise, Bessière et Triboulean, qui reconnurent les mêmes signes et lui conseillèrent les bains de Bourbonne; ces bains réveillèrent et même augmentèrent la douleur. Alors il retourna à Paris, où on lui conseilla l'air natal et le retour dans son pays. Lorsqu'il fut arrivé, j'examinai l'endroit douloureux, qui était considérablement tuméfié, et j'y trouvai une ondulation fort sensible. Je fis apporter ce malade à Valognes, et deux ou trois jours après,

<sup>1</sup> La Motte, t. II, p. 367.

j'ouvris cet abcès; il en sortit une quantité surprenante d'humeurs glai-reuses, crues et sans consistance. Cette ouverture donna lieu à un gonfle-ment très-considérable qui se répandit depuis la hanche jusqu'au doigt du pied.

Six semaines après la guérison de cet abcès, il s'en forma un second vers l'aîne, qui se ferma promptement.

Depuis lors, il s'est toujours bien porté, et a grandi d'environ quatre pouces (onze centimètres); la jambe resta plus courte que l'autre de deux pouces (cinquante-quatre millimètres). Il boitait, mais marchait sans fatigue.

Obs. LXXII. — *Coxalgie sans cause appréciable; première période: plusieurs recrudescences; seconde période: luxation dans la fosse iliaque. Guérison avec claudication*<sup>1</sup>. — La fille de M. F..., marchand à Paris, âgée de six ans, ayant en apparence une bonne constitution, la peau un peu brune, les cheveux et les sourcils noirs, sans aucune trace d'engorgement dans les glandes lymphatiques, éprouva dans la hanche gauche, sans avoir fait aucune chute, une douleur sourde qui la faisait boiter. Le médecin ordinaire de la maison, que l'on consulta, attribua cette douleur à la crois-sance, et ne conseilla aucun remède. Il s'était déjà écoulé six mois depuis l'invasion de la maladie, lorsque je fus appelé. L'examen attentif du membre malade me fit apercevoir qu'il était plus long que l'autre d'environ douze millimètres; je conseillai le repos dans le lit, l'application successive de plusieurs vésicatoires volants autour de l'articulation affectée, et l'usage des amers et des antiscorbutiques; quatre vésicatoires furent appliqués dans l'espace d'un mois. La douleur diminua considérablement, et le membre se rétablit dans sa longueur naturelle. L'application d'un cinquième vésicatoire fut suivie d'une augmentation si considérable des douleurs, que, pour les calmer, il fallut avoir recours aux applications anodines et narcotiques, malgré lesquelles le membre s'allongea de nouveau. Sept ou huit mois se passèrent dans des alternatives d'augmentation et de diminution des dou-leurs; mais la cuisse resta constamment plus longue que l'autre, et sa lon-gueur alla même en augmentant graduellement.

Enfin, la tête du fémur abandonna la cavité cotyloïde, et monta sur la face externe de l'os des îles; la cuisse malade devint alors plus courte de vingt-sept millimètres que celle qui était saine. Le genou et la pointe du pied se tournèrent un peu en dedans, et les douleurs cessèrent presque en-tièrement. Il ne survint point d'engorgement à la fesse, qui ne présentait d'autre tuméfaction que celle qui résultait du volume de la tête du fémur, par laquelle les muscles fessiers étaient soulevés. Dès lors, je conçus l'espoir d'une guérison à la faveur d'une articulation contre nature. L'enfant resta au lit pendant plus de huit mois, la cuisse étendue sur le bassin autant que

<sup>1</sup> Boyer, *Oeuv. chirurg.*, t. IV, p. 357.

possible. Au bout de ce temps, le malade ne souffrant plus, et la cuisse pouvant exécuter de légers mouvements sans douleur, je lui permis de se lever et de marcher en se soutenant sur des béquilles; peu à peu le membre prit de la force; les mouvements de la cuisse devinrent par degrés plus étendus, et l'enfant se trouva guérie aussi bien que son état le permettait.

Dans le même temps, je fus consulté pour l'enfant d'un voisin de M. F...; c'était une petite fille de quatre ans, chez laquelle la maladie suivit la même marche, et eut la même terminaison heureuse.

Obs. LXXIII. — *Coxalgie survenue pendant une fièvre continue; luxation dans la fosse iliaque; guérison*<sup>1</sup>. — Nous avons observé deux malades chez lesquels la douleur était excessive, et qui ont eu le fémur luxé dans le cours d'une fièvre essentielle. L'un était une dame âgée d'environ trente ans, qui éprouva une fièvre putride à la suite d'une couche; et l'autre, un jeune homme de quatorze ou quinze ans, qui fut attaqué d'une fièvre de mauvais caractère peu de temps après avoir fait une chute qui lui causa une douleur sourde dans la hanche gauche, et un peu de difficulté à marcher. Dans ces deux exemples, le fémur fut entraîné en haut et en dehors; mais la maladie se borna là, et les malades en furent quittes pour la claudication.

Obs. LXXIV. — *Coxalgie; premier degré; récurrence; second degré; luxation spontanée du fémur dans la fosse iliaque; guérison*<sup>2</sup>. — Un jeune homme, dix-neuf ans, constitution strumeuse, entre dans un hôpital pour une fièvre putride dont il guérit bien. Douleur vive dans la hanche droite, étendue à la cuisse et au genou; allongement; claudication; l'exercice, qui fut conseillé, aggrava le mal.

Entrée à la Charité: huit vésicatoires volants; repos absolu pendant trois mois; traitement amer; le malade guérit et sortit.

Au bout de deux ans, réapparition des douleurs combattues par les narcotiques. Dix vésicatoires volants; traitement amer et antiscorbutique. La guérison ne se fit pas attendre.

Troisième rechute au bout d'un an, après de nouvelles fatigues. Le traitement ordinaire resta impuissant. L'allongement vint à quatre centimètres, puis fut remplacé par un raccourcissement brusque.

Rotation en dedans du pied et du genou; saillie antérieure du grand trochanter et de la tête dans la fosse iliaque.

Émoullients: les douleurs cessent. Repos absolu pendant plusieurs mois, au bout desquels le malade marche d'abord avec peine, mais mieux ensuite, lorsque le fémur se fut creusé une nouvelle cavité. Raccourcissement de quatre centimètres et demi; claudication sans gêne ni douleur.

<sup>1</sup> Boyer, *OEuvr. chirurg.*, t. IV, p. 317.

<sup>2</sup> Rémond, *Journal de chirurgie, médecine, pharmacie*, t. XV, p. 450; 1808.

Obs. LXXV. — *Luxation dans la fosse iliaque, et suppuration dans l'énarthrose du fémur. Guérison*<sup>1</sup>. — Une fille de huit ans, étant tombée sur le grand trochanter, se donna un contre-coup dans la cavité cotyloïde. La douleur étant supportable, elle la fit augmenter en ne gardant point le repos. La luxation du fémur se forma d'elle-même deux mois après. Je n'ai vu la malade que dans le cinquième mois; et avec la luxation en arrière et en haut, je lui trouvai un dépôt symptomatique fort considérable dans la partie moyenne et postérieure de la cuisse. On évacua le pus par deux petites ouvertures, qui ont fait *autant de fistules*. Dix mois après, une des fistules était fermée; l'autre fournissait très-peu de matière: la malade avait repris l'embonpoint, et je ne l'ai plus revue.

Obs. LXXVI. — *Coxalgie au premier degré passée au deuxième; luxation dans la fosse iliaque. Guérison avec claudication*<sup>2</sup>. — Anna Schleicher, âgée de treize ans, fut amenée à l'hôpital général de Vienne, le 5 septembre 1812, pour une maladie de l'articulation de la hanche à sa troisième période. L'os des iles du côté gauche était de vingt-sept millimètres plus haut que le droit; la fesse gauche, extraordinairement tuméfiée, sphérique, tendue, offrait une fluctuation sensible qui annonçait la présence d'une collection de liquide épanché. La tête du fémur paraissait s'être totalement retirée en haut et en dehors, car le membre gauche, très-amaigri, était raccourci de près de treize centimètres et demi, et le pied tourné en dedans. La cuisse était fortement fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse. Si l'on essayait d'étendre cette extrémité, en employant toutefois les plus grandes précautions, on occasionnait les douleurs les plus violentes, surtout au genou. La malade ne pouvait ni marcher, ni se tenir droite; son corps formait, au contraire, un angle presque droit avec le membre sain. Outre cela, il existait chez elle tous les symptômes d'une fièvre hectique. Cette jeune personne, ainsi que sa mère, donnait pour cause à cette maladie une violence extérieure qui avait d'abord été suivie de douleurs à l'articulation de la hanche, puis d'une claudication continuelle, puis enfin de l'allongement du membre avec les douleurs les plus aiguës au genou. Pendant l'espace de trois ans, ce mal avait éprouvé des alternatives de mieux et de pire. On avait essayé beaucoup de remèdes; enfin, on avait eu recours à l'électricité. La malade croyait devoir attribuer à ce dernier essai le malheureux état où elle se trouvait actuellement; car elle assurait avoir remarqué que ses douleurs devenaient toujours plus vives après chaque séance, et que ce moyen avait provoqué le raccourcissement subit du membre et les progrès journaliers de sa maladie.

Puisque, dans de telles circonstances, on ne pouvait espérer de guérison

<sup>1</sup> Aurrant, *Journal de méd.*, p. 259; 1772.

<sup>2</sup> Rust, *Journal des progrès*, t. XIII, p. 248.

radicale, et que la fièvre, la faiblesse de constitution et les souffrances du sujet faisaient craindre une terminaison funeste, il est aisé de voir que je proposai l'emploi du feu sous un pronostic fort douteux, et que je ne promis à la malade ni à ses parents une guérison complète de la maladie, mais seulement d'adoucir ses souffrances, et vraisemblablement de lui conserver la vie. Encouragée par la vue de quelques malades guéris par le fer rouge, cette fille accepta ma proposition, et l'opération fut remise au lendemain.

Il était impossible d'amener le membre malade dans l'extension, et l'opération ne pouvait être exécutée de la manière ordinaire : il fallut placer la malade sur ses mains et sur le côté sain, et la faire maintenir par des aides dans cette pénible situation. Je lui traçai alors circulairement sur la fesse quatre raies de feu, de treize à seize centimètres de long ; puis, au voisinage de l'articulation, j'appliquai une des grandes faces du cautère, que je laissai opérer assez de temps pour pouvoir établir une fontanelle, si je le jugeais nécessaire. Je n'avais pas encore achevé ma visite dans la salle voisine, que la malade me fit appeler pour me dire qu'elle pouvait déjà étendre et mouvoir son membre, ce qu'elle n'avait pu faire depuis cinq mois. Tous les médecins qui fréquentent ma section, ainsi que moi, nous pûmes nous assurer du fait ; enfin, après avoir été témoin de ce que cette jeune et turbulente malade exécuta dans ce moment, il serait difficile de faire de l'emploi du fer rouge un panégyrique assez avantageux pour qu'il pût être en rapport avec la promptitude et l'efficacité de ses merveilleux effets en cette occasion. La malade resta dès lors dans un état très-supportable jusqu'à la fin de la cure, pendant la durée de laquelle on ne remarqua aucun retour de la douleur symptomatique du genou. Après la chute des escharres, la suppuration de toutes les surfaces cautérisées, non-seulement détermina l'absorption du liquide épanché, mais encore rétablit en quelque sorte l'intégrité relative des mouvements du membre au bout de deux mois. Les progrès de la maladie locale vers la guérison, la disparition des douleurs, contribuèrent puissamment au rétablissement de la santé. La fièvre hectique diminua peu à peu, et, par l'emploi alternatif du quinquina, du lichen d'Islande et des ferrugineux, la malade se rétablit complètement.

Je ménageai par précaution, derrière l'articulation, un cautère qui pût contenir six pois, et je laissai sortir la malade de l'hôpital, en lui recommandant de maintenir ce cautère ouvert, et de ne le laisser fermer que lorsqu'on le lui aurait conseillé. Elle suivit mes avis : je le lui fis supprimer quelques semaines après. Elle marche actuellement tenant droit le corps, ayant pour point d'appui du côté malade les orteils, qui posent sur le sol.

## SIXIÈME PARTIE

## DIAGNOSTIC

## CHAPITRE PREMIER

Plusieurs maladies ont des symptômes assez semblables à ceux de la coxalgie pour qu'on ait pu les confondre avec elle ; et réciproquement les symptômes de la coxalgie ont pu faire croire à l'existence d'autres affections. Ces erreurs de diagnostic ne sont pas rares, la science en possède de nombreux exemples, mais toutes n'ont pas le même titre à notre attention.

1° Les fractures du col du fémur, de la crête de l'os des iles, du rebord cotyloïdien, ainsi que la luxation accidentelle, en ont imposé quelquefois à des chirurgiens inattentifs ou peu expérimentés ; les causes de cette erreur proviennent de ce que souvent la coxalgie peut être, comme ces lésions diverses, provoquée par une contusion violente, une chute sur le trochanter. Mais avec de l'attention et une connaissance exacte des symptômes propres à chacune de ces affections, il sera toujours facile d'éviter une pareille méprise. Sabatier rapporte l'histoire d'un enfant qui, affecté d'une coxalgie, fut longtemps martyrisé par un rebouteur qui voulait absolument réduire ce qu'il regardait comme une luxation accidentelle.

2° *Douleurs rhumatismales.* — Quand la douleur rhumatismale se fixe dans les parties fibreuses ou musculaires de la hanche, il est souvent fort difficile de la distinguer de celle que provoque le début de la coxalgie. L'une et l'autre, en effet, peuvent affecter une marche erratique, et si nul autre symptôme ne se manifeste, on ne peut vraiment décider qu'il s'agit d'une coxalgie commençante, ou bien d'une simple douleur de rhumatisme. Dans ces cas, on est obligé de rester dans le doute, jusqu'à ce que quelque symptôme nouveau se soit manifesté. Pour M. Bouillaud, M. Richet et autres, qui n'admettent pas de rhumatisme musculaire, cette incertitude ne peut pas exister. Mais nous avons dit que cette opinion habilement soutenue