

celle que l'on observe sur les points où la vésication va s'établir.

Les symptômes viennent, dans la plupart des cas, graduellement, et disparaissent de la même manière. Ils peuvent le faire aussi sans cause évidente. Par exemple, en 1854, je fus consulté pour une jeune femme qui avait une affection hystérique bien prononcée, simulant une maladie de l'articulation de la hanche. Comme elle ne demeurait pas à Londres, je n'ai pas suivi les progrès de sa maladie; mais j'ai appris dernièrement qu'après avoir souffert pendant près de deux ans, elle avait senti, pendant un mouvement qu'elle avait fait dans son lit, un craquement, et que, depuis, ses douleurs avaient complètement cessé.

Obs. LXXXI. — Une autre jeune dame me fut amenée en octobre 1855, affectée, disait-on, comme la précédente, d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale. Après l'avoir examinée avec soin, je reconnus qu'elle avait une affection hystérique, et non point une maladie de la hanche. Je lui recommandai de quitter le lit, qu'elle avait été condamnée à garder, de prendre de l'exercice et surtout celui du cheval: elle suivit mon avis avec exactitude; mais, pendant près d'un mois, elle n'avait éprouvé que peu d'amélioration; quand, en tombant de cheval, elle sentit un craquement dans l'articulation avec une douleur violente qui disparut au bout de peu de jours; et, à sa grande surprise, la douleur qu'elle avait continuellement dans l'articulation avait également disparu; les attaques d'hystérie cessèrent aussi; mais j'ai appris que, trois mois après, les mêmes accidents se sont reproduits pendant un voyage qu'elle fit sur le continent.

Ces maladies, bien que très-fréquentes chez les femmes, s'observent cependant quelquefois, mais rarement, chez les hommes. Aussi, je n'attribue point l'hystérie à une maladie de l'utérus, mais à une maladie du système nerveux.

En regard de la description de cette maladie singulière, si propre à en imposer pour un coxalgie véritable, et à induire en erreur des praticiens moins expérimentés que l'illustre chirurgien de Londres; il ne sera pas sans intérêt de placer la relation d'une coxalgie non moins bizarre par ses symptômes généraux, et qui peut-être aurait trompé Brodie lui-même.

Le fait est tiré de la *Clinique chirurgicale* de Larrey.

Obs. LXXXII. — *Coxalgie au premier degré. Guérison*¹. — Mademoiselle de Saint-M..., âgée de vingt et un ans, était tourmentée depuis longtemps par des douleurs vives à la région iliaque gauche, vers l'articulation coxo-fémorale, ainsi qu'au genou du même côté; ces douleurs s'accompagnaient de névralgies singulières dont la cause avait été jusqu'alors méconnue. Appelée au moment où la malade était prête à périr des effets d'une constriction tétanique du pharynx et de l'œsophage, qui avait résisté à tous les moyens jusque-là employés, je forçai la voie avec la sonde œsophagienne, et, trois jours après, les accidents inflammatoires avaient disparu.

L'observation attentive des accidents nerveux que la malade éprouvait fréquemment, et la recherche de leur cause, permirent de reconnaître qu'ils étaient dus à l'existence d'une fémoro-coxalgie rhumatismale héréditaire, portée au deuxième degré, et caractérisée par les symptômes qui servent à faire reconnaître la seconde période de cette maladie. Au-dessus de l'arcade crurale et au-dessous de l'épine antérieure de l'os iliaque se voyait une tumeur ovoïde, peu saillante, au fond de laquelle on percevait une fluctuation évidente.

L'inflammation qui existait encore céda facilement à l'application des ventouses scarifiées, que suivit celle du moxa, huit fois répétée d'abord avec un changement très-favorable; les douleurs vives qui continuaient à se manifester furent combattues au moyen d'un séton passé dans l'épaisseur des téguments, sous la crête de l'os coxal, et qui fut conservé pendant l'espace de quinze jours, après quoi de nouveaux moxas furent réappliqués sur tous les points du pourtour de l'articulation. Après le treizième, la tumeur avait entièrement disparu. Cette demoiselle avait eu, par les voies utérines, un écoulement purulent plus ou moins abondant, selon l'état de l'atmosphère. Après le vingtième moxa, la guérison eut lieu. L'extrémité malade qui, dans les premiers moments, était plus longue que l'autre de plus de vingt-sept millimètres, s'était considérablement rétractée, et, quoiqu'à demi fléchie, elle présentait un raccourcissement d'environ quatorze millimètres.

8° *Sacro-coxalgie*. — Cette maladie se rapproche beaucoup plus que les précédentes de l'affection de la hanche. Toutes les deux, en effet, offrent plusieurs phénomènes communs; tels sont: la douleur sympathique du genou, la douleur de la hanche, le changement de longueur du membre. Cependant, un examen attentif fait découvrir entre les deux maladies des

¹ Larrey, *Clinique chirurg.*, t. III, p. 549.

différences assez notables : dans la tumeur blanche sacro-iliaque, la tuméfaction et la douleur siègent plus particulièrement vers la partie postérieure du bassin; les mouvements de la cuisse sur le bassin peuvent être exempts de douleurs, tandis que ceux qu'on imprime à l'os iliaque sont très-pénibles; la distance du grand trochanter à la crête iliaque n'a point changé, le rapport des crêtes iliaques entre elles est seul sujet à des variations; enfin, les changements de longueur du membre sont alternatifs et non permanents.

Obs. LXXXIII¹. — Boyer rapporte, d'après Chaussier, l'observation d'un homme dont l'os innominé gauche avait été déplacé et porté vers la partie supérieure par le fait d'une sacro-coxalgie. L'état inflammatoire ne permit point de faire la réduction. Après quelques jours employés à des applications relâchantes et à un régime antiphlogistique, on tenta le remplacement de l'os, qui fut contrarié par le retour des douleurs et qui renouvela les symptômes inflammatoires. On fit une nouvelle tentative quelques jours plus tard, qui eut le même résultat, et l'on y renonça entièrement. Enfin, après un repos prolongé, mais moins qu'on ne l'aurait désiré, le malade quitta son lit, et ayant commencé à marcher avec le secours de béquilles, le poids du membre opéra une partie de la réduction qu'on avait tentée inutilement auparavant. La guérison se confirma et le malade put reprendre l'exercice de sa profession de couvreur.

Obs. LXXXIV². — Boyer rapporte un autre fait plus curieux qu'il emprunte à Lhéritier. Lorsque le malade avait passé une ou deux heures à cheval, le membre était plus long de cinquante-quatre millimètres que celui du côté opposé; quand il avait marché, l'extrémité inférieure était plus courte que l'autre de quarante millimètres. Il est remarquable qu'il survenait des douleurs très-vives quand le membre avait été allongé, et que, pour les faire cesser, le malade marchait et cherchait à reproduire le raccourcissement. Ces variations dans l'allongement du membre ne pouvaient être obtenues par tout autre procédé, et cependant les mouvements du membre correspondant à la maladie étaient accompagnés de crépitation dont le siège était l'articulation sacro-iliaque. Il est important encore de noter qu'il y avait en même temps maladie à l'articulation iléo-fémorale et ankylose presque complète de cette articulation.

¹ Boyer, *OEuvr. chirurg.*, t. IV, p. 147.

² Boyer, *OEuvr. chirurg.*, t. IV, p. 141.

Obs. LXXXV. — *Sacro-coxalgie prise pour fémoro-coxalgie*¹. — Un enfant fut présenté à Dupuytren pour être traité d'une claudication chronique. On avait cru à une coxalgie, et on avait appliqué en conséquence de nombreux cautères sur la hanche. Après un examen approfondi, on reconnut non pas une coxalgie, mais bien une fémoro-coxalgie.

9° La carie ou la nécrose, soit de l'extrémité supérieure du fémur, soit de l'os des iles, occasionne des abcès; ces ouvertures fistuleuses qui paraissent autour de la hanche, entraînent quelquefois l'atrophie du membre, la rotation en dedans ou en dehors, et peuvent de la sorte simuler une coxalgie. Il est des cas de ce genre où l'on peut demeurer incertain; cependant, il faut remarquer qu'on n'observe pas alors ces douleurs si vives et circonscrites dans l'articulation, que déterminent les mouvements communiqués aux membres inférieurs d'un malade affecté de coxalgie.

Obs. LXXXVI. — *Raccourcissement et atrophie du membre inférieur produits par un séquestre de l'ischion*². — M. Nélaton a vu un enfant de douze ans qui présentait tous les signes d'une luxation symptomatique du fémur : raccourcissement, rotation du pied en dedans, atrophie considérable, fistules nombreuses autour de l'articulation, impossibilité d'exécuter le moindre mouvement.

L'autopsie fit reconnaître que l'articulation et le fémur étaient parfaitement sains : un séquestre invaginé de la tubérosité ischiatique avait produit tous les désordres. Le fémur du côté malade était plus court de treize millimètres que celui du côté sain.

10° Les abcès par congestion qui succèdent au psôitis ou à la carie vertébrale sont, dans le premier cas, précédés de douleurs vives dans la région iliaque, et les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le tronc sont impossibles; dans le second cas, des douleurs sourdes dans la colonne vertébrale, étendues suivant le trajet des nerfs rachidiens, ont paru longtemps avant que les abcès se manifestent, une gibbosité s'est quelquefois établie : rarement l'articulation de la hanche est le

¹ Michaud, *Gazette méd.*, 1837.

² *Bulletin de la Société anatomique*, septembre 1855, p. 18.

siège de douleurs qui augmentent par les mouvements ou par la pression.

L'erreur est bien difficile à éviter dans les cas complexes où les deux maladies existent en même temps : ainsi, quand le pus fourni par une carie vertébrale n'arrive à l'extérieur qu'après avoir traversé l'articulation coxo-fémorale, soit qu'il ait perforé le fond de la cavité cotyloïde, soit qu'il ait pénétré par l'ouverture de communication qui existe quelquefois entre la gaine du muscle psoas et la synoviale de l'articulation coxo-fémorale.

Comment alors analyser et deviner tous ces désordres? On ne reconnaît le plus souvent qu'une partie de ce qui existe, et on diagnostique seulement une coxalgie ou une carie vertébrale; on peut aussi se tromper complètement à cause du groupement inusité des symptômes, et croire à une sacro-coxalgie ou à une lésion de l'extrémité supérieure du fémur.

Obs. LXXXVII. — *Abcès symptomatique d'une lésion de la colonne lombaire. Lésions de l'articulation coxo-fémorale. Mort*¹. — Le nommé Sudre, vingt-huit ans, porte-faix, grêle et maigre, aucune atteinte de syphilis, scrofules ou rhumatisme; vers le printemps de 1838, douleurs dans les lombes et le sacrum, s'irradiant d'abord dans toutes les parties du corps, puis se fixant aux articulations qu'elles ont presque toutes parcourues. En octobre, douleurs vers le trochanter; un mois après, à ce niveau, tumeur indolente. Santé générale bonne. On reconnaît un abcès par congestion, que M. Sanson attribue à une maladie de l'articulation sacro-iliaque, M. Velpeau à une altération du trochanter. Accidents de fièvre hectique, ponction de l'abcès, continuation des accidents. Mort.

Autopsie. — Voici quelles sont les altérations de la cuisse et de la partie inférieure du tronc. Le fibro-cartilage qui sépare la troisième vertèbre lombaire de la quatrième était entièrement détruit; la portion de substance spongieuse des surfaces correspondantes du corps des deux vertèbres voisines était convertie en substance compacte d'un blanc jaunâtre; la circonférence de ces faces était en partie détruite, et offrait tous les caractères de la carie; à travers le muscle grand psoas, le pus s'était créé un canal musculaire qui n'avait suivi le trajet d'aucun nerf. Le muscle, examiné à l'extérieur, ne semblait point malade. Au niveau de l'éminence iléo-pectinée, le canal cessait d'être creusé dans l'épaisseur du muscle, mais il existait entre son

¹ Estevenet, *Bulletin de la Société anatomique*, p. 129; 1856.

tendon et l'os; dans cette partie de son trajet, il communiquait largement avec l'articulation; il se continuait au devant du col du fémur; le liquide avait disséqué le muscle carré de la cuisse, s'était porté au-dessous des attaches fémorales du pectiné, et des premier et second adducteurs, avait séparé le muscle triceps fémoral de tous les autres muscles qui sont en rapport avec lui vers la partie supérieure et postérieure de la cuisse, s'était surtout porté en dehors, entre le vaste externe et l'aponévrose et son muscle tenseur, et là s'était creusé une vaste poche qui comprenait presque tout le pourtour de la cuisse, remontait jusqu'au milieu de la fosse iliaque externe, entre le grand et le moyen fessier, et descendait jusqu'à huit centimètres du condyle externe du fémur. Partout où les parois du foyer étaient constituées par des os, ceux-ci étaient dénudés; il existait une dénudation sur le col du fémur, au-dessus et au-dessous du petit trochanter. Mais c'est l'articulation qui présentait l'altération la plus remarquable: la capsule était largement ouverte en avant, où elle communiquait avec le foyer; le cartilage qui revêt les deux surfaces osseuses était complètement détruit; le ligament rond n'existait plus; la cavité de l'articulation contenait une cuillerée d'un liquide noirâtre fétide.

J'ai décrit l'altération en suivant la marche que je présume avoir été suivie par la maladie; j'ai à ajouter que je considère la maladie du fibro-cartilage intervertébral comme le point de départ de toutes les autres lésions, même de celle des autres os. Je pense que le pus, après être arrivé au niveau du point de réflexion du psoas, s'est ouvert dans la bourse muqueuse qui facilite son glissement sur les os; que chez ce sujet, cette bourse communiquait, comme cela arrive assez souvent, avec l'articulation; que, par suite de cette disposition anatomique, le pus s'est trouvé en rapport avec les surfaces articulaires, et a produit sur elles les mêmes désordres que sur le fémur, c'est-à-dire la dénudation des os. Mais à quelle époque remonte cette altération? voilà une question importante. La destruction du cartilage articulaire et celle du ligament rond ont nécessité un temps assez long pour s'opérer. Mais ce n'est que cinq jours avant la mort que le foyer a été mis librement en contact avec l'air. Il est vrai que le 24 février, c'est-à-dire vingt-cinq jours avant la mort, une première ponction avait été pratiquée; mais de la première à la seconde, qui a été pratiquée douze jours après, le pus n'a point changé de nature; il n'a pas changé non plus jusqu'au moment où les grandes incisions ont été pratiquées. Jusqu'à ce moment, il n'est survenu aucun accident grave. Ainsi donc, il n'a pas été nécessaire que le pus ait changé de nature pour exercer son action délétère sur les os et les cartilages. Enfin, on ne peut pas dire que la dénudation se soit opérée depuis l'introduction de l'air dans le foyer, puisqu'au moment même où celui-ci a été largement ouvert, j'ai pu sentir avec le doigt une dénudation au-dessus et au-dessous du petit trochanter.

11° Enfin, je signalerai quelques déformations du bassin qui, se rencontrant avec quelques affections du genou, pourraient en imposer pour l'existence d'une coxalgie, vu la similitude de quelques symptômes : du raccourcissement ou de l'allongement, par exemple.

Obs. LXXXVIII. — *Diagnostic; cause de raccourcissement du membre inférieur*¹. — M. Cruveilhier fait connaître une nouvelle cause de raccourcissement de la jambe : c'est la dépression de la cavité cotyloïde dans le bassin.

Chez une femme qui présentait cette disposition, les fémurs, mesurés avec soin, ne présentaient pas la moindre différence.

Obs. LXXXIX. — *Allongement apparent par déformation du bassin; articulation coxo-fémorale saine*². — Je me rappelle avoir vu, dit Samuel Cooper, dans une des salles de l'hôpital de Saint-Barthélemy, une petite fille avec une affection du genou, dont le bassin était si déformé, que le membre de ce côté paraissait beaucoup plus long. L'articulation de la hanche était entièrement saine.

Il ne suffit pas d'avoir constaté l'existence d'une coxalgie, il serait à souhaiter que l'on pût déterminer quelle est son espèce, c'est-à-dire quels ont été les tissus primitivement affectés, et quelle est la nature des altérations qu'ils ont subies.

Si l'on se rappelle que les auteurs sont à peine fixés sur les lésions anatomiques, on concevra facilement qu'ils le soient moins encore sur leurs signes différentiels : aussi cette partie de l'histoire de la coxalgie réclame-t-elle encore de nouvelles recherches.

Nous avons vu que Brodie avait tenté quelques efforts pour caractériser les lésions élémentaires : ainsi, l'inflammation de la synoviale articulaire, qui entraîne la sécrétion d'une certaine quantité de liquide, offre pour signes une tuméfaction uniforme de la hanche et une douleur modérée; l'ulcération des cartilages, au contraire, s'annoncerait par une altération de forme dans la fesse, qui ne présenterait alors qu'une surface aplatie au lieu de sa convexité ordinaire, qui est flasque au toucher,

¹ *Bulletin de la Société anatomique*, septembre 1855, p. 4.

² Samuel Cooper, *Dictionn.*

et paraît, pour ces raisons, plus large que celle du côté opposé, quoi qu'elle soit en réalité de même largeur. Nous avons dit ce qu'il fallait penser de l'ulcération des cartilages : on doit entendre ici l'ostéite ou carie superficielle. Mais, dans ce cas même, ce signe précédent a-t-il une grande valeur? Je ne le pense pas; j'attache plus de prix à un autre signe également noté par Brodie, savoir, la sensation douloureuse, martyrisante, que développent tous les mouvements dans lesquels les surfaces articulaires exercent l'une sur l'autre une pression réciproque, qu'on fait naître en couchant un malade sur un lit, saisissant le membre inférieur préalablement étendu et le poussant brusquement en haut, ou bien en lui faisant exécuter un mouvement de rotation autour de son axe; ce signe semble se lier à l'existence d'une altération des surfaces articulaires.

Le début de la maladie par l'abduction du membre, la flexion et la rotation en dehors, avec tous les phénomènes qui en découlent, accompagnés d'une douleur sourde, n'empêchant pas la station et la progression, indiquent l'existence probable d'une hydarthrose simple ou compliquée.

Lors, au contraire, que la maladie débute par une douleur vive qui persiste avec ténacité, qui semble se prolonger dans la longueur du fémur, lorsque la progression est impossible, et que les phénomènes de déviation ne se manifestent que consécutivement, que la suppuration apparaît de bonne heure, il est présumable que la maladie a débuté par les os.

Mais si, comme il arrive souvent, les phénomènes que nous venons de rappeler sont peu prononcés ou confondus, le diagnostic est à peu près impossible.

Quant au diagnostic de la période à laquelle est arrivée l'affection, il est facile de l'établir en se rappelant que la première période est caractérisée par l'abduction, la flexion et la rotation en dehors; la seconde période par la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

Nous ne parlons point du diagnostic de la cause à laquelle la maladie peut devoir son développement, non pas que cette détermination ne soit d'un haut intérêt pour le traitement, mais

de l'os abandonne la cavité cotyloïde jusqu'à la terminaison.

Larrey s'est élevé fortement contre cette manière de voir, et son opinion est actuellement partagée par un grand nombre de chirurgiens. Quoi qu'il en soit, la mensuration exacte, d'après les préceptes que nous avons posés, nous permettant d'arriver à un diagnostic assez précis de l'allongement ou du raccourcissement réel, il nous sera presque toujours possible de spécifier l'existence ou la non-existence de la luxation. Il peut arriver que les luxations traumatiques, les fractures du col du fémur, longtemps après l'époque où elles ont eu lieu, en imposent aux chirurgiens pour une luxation spontanée; mais les renseignements fournis par le malade sur l'histoire de son affection, et l'examen du membre, sur lequel on ne remarque aucune trace de suppuration, permettront d'arriver le plus souvent à un diagnostic exact.

SEPTIÈME PARTIE

PRONOSTIC

La coxalgie est une maladie grave, souvent terminée par la mort; lorsqu'elle se termine heureusement, elle laisse fréquemment à sa suite une difformité plus ou moins considérable du membre inférieur, telles que l'atrophie, l'ankylose, diverses déformations résultant de la luxation du fémur, de la désorganisation de la cavité articulaire, etc. Elle peut cependant se terminer par une guérison complète.

L'issue de la maladie dépend d'ailleurs de plusieurs circonstances, telles que l'âge et la constitution du sujet, la cause, la nature, l'étendue des altérations organiques.

1° *Age.* — Je ne sais jusqu'à quel point est exacte la remarque de Boyer, que chez les enfants le déplacement de la tête a lieu plus aisément que chez l'adulte, à cause du peu de profondeur de la cavité cotyloïde. M. Guersant m'a dit n'avoir eu

que de bien rares occasions d'observer la luxation au premier âge.

Je ne puis davantage me prononcer sur cette opinion de M. Parise, que, vu l'état cartilagineux de la tête du fémur chez les très-jeunes enfants, la coxalgie, fréquente à cet âge, ne se terminait jamais par suppuration.

Je ne ferai non plus que mentionner cette autre opinion du même auteur, que pendant la vie intra-utérine, la luxation congénitale qu'il rapporte à une coxalgie est favorisée par la position du fœtus dont les membres inférieurs sont dans une flexion exagérée et permanente.

Mais une remarque importante relativement à l'âge, c'est que, quelle que soit l'issue de la coxalgie chez les enfants, elle entraîne presque toujours un arrêt de développement ou une atrophie du membre, d'où résulte une claudication incurable.

2° *Constitution.* — La maladie marche, en général, avec rapidité chez les sujets robustes et pléthoriques; mais aussi elle est plus accessible à nos moyens thérapeutiques, et, somme toute, elle est plus souvent fatale chez des individus débiles, épuisés par de longues maladies, la mauvaise nourriture, l'habitude de la masturbation, des excès vénériens, etc.

3° *Cause de la maladie.* — La coxalgie de cause externe est, en général, moins grave que celle qui se lie à quelque vice de la constitution; celle qui résulte de l'irruption d'un abcès migrateur venant du rachis ou d'un tubercule dans l'article, est presque nécessairement mortelle. Celles qui se développent à la suite des fièvres graves se terminent rarement par la guérison; celles, au contraire, qui tiennent à la métastase blennorrhagique, ou bien à une irritation mécanique ou organique de l'urèthre, ont plus rarement une issue funeste.

Quand la cause est facile à éloigner ou à neutraliser, le pronostic devient plus favorable.

4° *Nature et étendue des altérations organiques.* — Toutes choses égales d'ailleurs, une coxalgie qui débute par les os est infiniment plus grave que celle qui commence par les parties molles, que l'hydarthrose par exemple; elle est grave surtout si elle a pour point de départ une ostéite profonde.