

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.

Puis, lorsque la maladie a fait déjà des progrès, elle est naturellement plus dangereuse que si elle ne fait que débiter.

Il est inutile de dire que les abcès par congestion, dirigés dans le bassin, dans la cuisse, sur l'os coxal, aggravent singulièrement le pronostic; il en est de même de la perforation de la cavité cotyloïde, de la nécrose du fémur; cependant, malgré tous ces désordres, il ne faut pas encore désespérer de la vie du malade.

Parmi les observations consignées dans le courant de notre travail, il en est un bon nombre qui se rapportent à des cas de ce genre, et qui prouvent que la guérison peut encore avoir lieu. Je dois même dire que les abcès par congestion n'ont point, dans la coxalgie, la même gravité que dans la carie du rachis. Ce fait peut tenir à plusieurs causes, mais certainement la différence des conditions anatomiques y contribue pour une bonne part. Dans la carie tuberculeuse ou autre du rachis, les abcès parcourent généralement un trajet considérable: les parois de ces abcès, formés lentement, acquièrent une résistance qui s'oppose à leur retrait facile, tandis que dans la coxalgie les abcès occupent de coutume des régions où les parties molles se laissent, il est vrai, facilement distendre, mais peuvent aussi plus facilement revenir sur elles-mêmes, pour mettre en contact les parois des kystes. D'autre part, les anfractuosités, bien que très-grandes et très-variées encore, le sont moins cependant, et surtout sont moins profondes que dans les abcès rachidiens: de sorte que le pus trouvant moins de difficultés à s'écouler au dehors, sa stagnation est moins à craindre, et les accidents qu'elle entraîne moins fréquents.

Une autre cause encore peut contribuer à rendre moins fâcheux le pronostic de ces abcès: c'est la possibilité de maintenir en contact les surfaces malades.

M. Nélaton avait déjà noté la différence qui, sous le point de vue du pronostic, existe entre les tubercules enkystés et les tubercules infiltrés des vertèbres. Tandis que ces derniers donnent presque toujours lieu à une suppuration intarissable, les autres se terminent parfois par la guérison. Il¹ explique cette

¹ Nélaton, *Tubercules des os*, p. 62.

différence en disant que, dans l'infiltration tuberculeuse, une plus grande étendue de la colonne épinière se trouve habituellement compromise, mais surtout que les séquestres, véritables corps étrangers, entretiennent une suppuration intarissable; tandis que dans la forme enkystée, les choses se passent tout différemment.

Lorsqu'un tubercule enkysté se développe dans le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, il s'y creuse une cavité, et fait subir à l'os une perte de substance plus ou moins considérable: celui-ci, s'affaiblissant de jour en jour, à mesure que la cavité tuberculeuse acquiert plus de capacité, il arrive un moment où le corps de la vertèbre, réduit à une coque osseuse, n'est plus capable de soutenir le poids des parties qu'il doit supporter, et s'affaisse subitement; quelques-unes des colonnes ou des cloisons qui soutenaient les parois, bien que conservant leur structure normale et leur densité, se rompent, et les parois opposées du foyer se trouvent sinon mises en contact, du moins sensiblement rapprochées. La partie de la colonne vertébrale placée au-dessus de l'excavation tuberculeuse s'incline angulairement sur la partie inférieure, et la gibbosité se trouve ainsi produite presque instantanément; on trouve dans les auteurs plusieurs exemples de ces gibbosités qui se sont montrées subitement. Les parois étant ainsi rapprochées, la matière tuberculeuse se trouve en partie expulsée; le kyste s'atrophie, comble les vides qui pourraient encore exister dans le foyer, et subit la transformation fibreuse; les parties osseuses des masses apophysaires se consolident, se soudent dans leurs nouveaux rapports, et la guérison est complète. — Cette explication ne s'applique pas de tous points à la maladie qui nous occupe. J'ai rapporté ces paroles de M. Nélaton, pour faire voir seulement que le rapprochement, le contact des surfaces malades, jouent un rôle important dans la guérison des affections osseuses. Or, dans la coxalgie, les surfaces articulaires malades pouvant rester en contact, ou du moins, si elles sont séparées comme dans la luxation, pouvant s'appliquer contre les parties molles, la cicatrisation trouve moyen de s'opérer. On conçoit alors que les

abcès, n'étant plus entretenus par une sécrétion incessante, puissent finir par se tarir complètement.

Relativement aux terminaisons que la coxalgie peut affecter il est inutile de parler de la mort, et de la guérison complète; mais il reste encore les trois modes de guérison que nous avons désignés sous les noms de ankylose, déformation des surfaces articulaires et luxation.

1° *Ankylose.* — Cette terminaison, quand la maladie est arrivée à sa deuxième période, que des abcès se sont ouverts à l'extérieur, que l'articulation est désorganisée, est un véritable bienfait, ainsi que l'a dit Boyer. En effet, la vie du malade est sauvée; il ne reste plus qu'une infirmité. Mais cette infirmité présente elle-même dans sa gravité des nuances assez grandes, suivant diverses circonstances :

1° *Suivant que l'ankylose est complète ou incomplète.* — Dans le premier cas, l'infirmité peut être regardée comme à peu près incurable; nous devons dire cependant que Rhea Barton a pratiqué avec succès la section du col du fémur dans cette circonstance pour établir une fausse articulation; mais son exemple n'a eu qu'un bien petit nombre d'imitateurs, et son observation est encore presque unique dans la science¹.

Quand l'ankylose est incomplète, on peut, au contraire, espérer rompre les brides fibreuses, les adhérences qui gênent les mouvements, et rétablir, en partie au moins, les fonctions du membre.

2° *Suivant la direction du membre.* — La direction parallèle à l'axe du corps est celle qui présente le plus d'avantage pour la station et la marche; elle gêne un peu la position assise, sans l'empêcher complètement, vu la mobilité de la portion lombaire du rachis. La position fléchie avec adduction forcée prive le membre de ses fonctions, ou du moins le malade ne peut s'en servir qu'en s'aidant d'une mécanique. Il peut se faire même que, dans le cas où les deux membres inférieurs se

¹ Depuis le moment où nous écrivions ces lignes, nous avons nous-même répété avec succès l'opération de Rhea Barton, et plus récemment nous lui avons substitué une autre méthode plus simple et moins dangereuse, la *diaclasie*. (Acad. des sciences, 1862.)

trouvent ainsi ankylosés, le malade se trouve dans une impossibilité presque absolue de tenir aucune position autre que le décubitus en supination.

L'exemple le plus remarquable de ce genre a été rapporté par M. Velpeau¹.

L'ankylose peut encore amener dans la structure de la conformation du bassin des modifications qui, chez les jeunes filles impubères, peuvent devenir graves en détruisant la forme régulière de ce canal osseux, dont les dimensions importent à un si haut point à l'acte de la parturition.

2° *Déformations des surfaces articulaires.* — Nous avons peu de chose à en dire : leur pronostic est entièrement subordonné à l'étendue des mouvements que l'articulation a conservés, moins graves que l'ankylose, sous un rapport celui des mouvements; elles présentent cependant un désavantage sur elle, c'est que l'articulation malade se trouve exposée encore à des douleurs, des inflammations.

3° *Luxation.* — La luxation est toujours une infirmité grave, non pas sous le point de vue de la vie ou de la santé générale, mais sous celui de la régularité des formes et de la progression.

1° *Sous le rapport de la régularité des formes.* — La luxation non réduite produit un raccourcissement du membre, une inclinaison du bassin, par contre, une déviation de la colonne rachidienne, une désharmonie dans la hauteur des épaules. Mais, ce qui est plus grave, c'est que plus souvent après la luxation qu'après l'ankylose, on observe la déformation du bassin, parce que la ligne de transmission du poids du corps au membre inférieur n'est plus la même.

2° *Sous le rapport de la progression.* — Cette fonction est singulièrement gênée; cela varie, du reste, suivant la disposition de l'articulation nouvelle.

Le pronostic de la luxation spontanée peut encore être considéré sous le point de vue thérapeutique.

¹ *Clinique chirurg.*, t. II, p. 177.

Cette question est une des plus intéressantes de l'orthopédie; pour l'instant je n'en dirai qu'un mot, me réservant d'en parler un peu plus en détail à l'occasion du traitement.

Déjà Salmade, à la fin du siècle dernier, avait tenté la réduction des luxations spontanées du fémur. Tout récemment les orthopédistes ont repris cette question, et M. Humbert, de Morley, est venu proclamer plusieurs guérisons complètes. Je ne puis examiner ici la valeur des observations relatées par ce chirurgien; je ne puis non plus discuter les opinions nombreuses émises à cet égard; je me contenterai de dire que des travaux modernes ressort cette vérité que la luxation spontanée du fémur peut être réduite, principalement quand elle est de date récente, et quand la cavité cotyloïde n'a point encore subi de déformation profonde.

Quand la luxation spontanée se complique d'ankylose, on comprend que la gravité spéciale de ces deux affections doit s'accroître de leur fusion.

Obs. XCI. — *Coxalgie au premier degré; guérison*¹. — Fille, sept ans; lymphatique, délicate. Douleurs assez vives dans l'abdomen, à gauche, en octobre 1825. Liniment calmant, lavement émollient. La douleur se calme.

Janvier 1826. On reconnaît, sans qu'il y ait eu de nouvelles douleurs, allongement du membre gauche, vingt-sept millimètres environ; gonflement très-notable, douleurs assez fortes à la pression; chute antécédente avouée. Repos absolu, sangsues, cataplasme émollient, puis large vésicatoire; régime tonique, amélioration. Cautére à la potasse caustique, suppuration entretenue cinq à six mois. L'allongement diminue, disparaît. Le cautère fut fermé, et la malade guérit complètement.

Obs. XCII. — *Coxalgie au deuxième degré; guérison*². — Jeune enfant; bonne santé. Douleurs en descendant du lit; repos, sans amélioration pendant un mois. A cette époque, gonflement œdémateux très-étendu; douleurs très-vives. Cataplasmes émollients. Amaigrissement général, allongement sensible du membre gauche, abcès au-dessous du grand trochanter: il s'ouvre naturellement, suppure abondamment. L'état général devient des plus fâcheux; glandes du col et du mésentère gonflées, ainsi que les lèvres.

Quatre mois après l'invasion, toniques et amers, cataplasmes sur les plaies

¹ Lacroix, *Journal de méd.*, troisième série, t. IX, p. 154.

² Salmade, *Journal de médecine, pharmacie, chirurgie*, t. II, p. 557, neuvième année.

d'où sortent du pus et des matières granuleuses concrètes. Abcès à la partie interne et supérieure de la cuisse. Injections détersives; exfoliations de quelques parties osseuses et tendineuses.

Déplacement de la tête sur la face externe de l'os coxal; raccourcissement de quatre à cinq travers de doigt; rotation du pied et du genou en dedans. Diminution des douleurs; repos, traitement tonique et dépuratif; purgatifs de temps en temps. Ce traitement, continué pendant trois mois, eut un fort bon résultat, et ne fut interrompu que par des accidents dont on se rendit facilement maître. Peu à peu le malade se leva, la suppuration se tarit, les plaies se cicatrisèrent. On eut à craindre une ankylose du genou, mais le malade a commencé à marcher avec des béquilles, puis sur le bout des orteils, et enfin avec un soulier à talon. Il ne lui reste plus qu'un raccourcissement très-léger; la guérison reste parfaite.

Obs. XCIII. — *Coxalgie au deuxième degré; guérison*¹. — Luxation spontanée du fémur gauche; jeune homme de vingt-huit ans, lymphatico-sanguin. Luxation spontanée, arrivée à sept ans, avec décollement, abcès, fistules, guérie sans traitement et sans repos. Marche gênée, mais possible; fausse articulation, douleurs dans la saison froide.

Les douleurs devinrent permanentes et très-intenses, à cause de l'habitation près d'une rivière. Antiphlogistiques. Marche croissante de la maladie.

Vésicatoires, puis traitement émollient. Progrès de la maladie jusqu'au marasme; fortes suppurations. Depuis plus d'un an le malade est tenu au lit.

Traitement ioduré de six mois, entravé par deux rechutes apparentes; traitement tonique, exercice modéré, guérison complète.

Obs. XCIV. — *Coxalgie au deuxième degré; luxation spontanée du fémur gauche; guérison*². — Jeune femme, vingt-sept ans; lymphatique. Raccourcissement de la jambe datant de trois mois; douleurs de genou très-intenses. Repos absolu, régime dépuratif et iodé. La malade se lève, elle tombe sur la hanche gauche.

Douleur du genou et raccourcissement considérablement augmenté; saillie de la tête sur la branche horizontale du pubis; rotation du pied en dehors.

Appareil de Brunel, modifié par Roche, ou à extension continue.

Le membre est ramené à sa longueur, la douleur du genou cesse; l'appareil reste cinquante jours. La malade est complètement guérie, sans aucune trace de sa maladie.

Obs. XCV. — *Luxation spontanée du fémur, abcès carieux, détachement et expulsion de la tête fémorale; guérison*³. — D..., quatorze ans, atteint depuis deux ans de coxalgie, suppurant depuis un an.

¹ Barré, *Gazette des hôp.*, p. 509; 1851.

² Ducros jeune, *Gazette des hôp.*, p. 511; 1855.

³ Harris, *Gazette des hôp.*, p. 550; 1859.

Luxation du fémur sur la hanche, raccourcissement de cinq centimètres et demi. Aux ouvertures, fistules rendant un pus de mauvaise nature; carie reconnue en sondant avec le stylet. Repos absolu, salsepareille, purgatifs, pansements simples et émollients. État stationnaire pendant trois mois, mais amélioration de la santé générale.

La tête du fémur se détache du col et sort par une des fistules.

Injections dans les trajets fistuleux, avec dissolution faible de sulfate de cuivre; cicatrisation des fistules; trois mois après, formation d'une nouvelle articulation, marche avec des béquilles.

Deux ans après, le membre a repris presque toute sa force et sa motilité; il marche sans béquilles et sans trop de fatigue.

Raccourcissement de cinq centimètres et demi, qu'on eût peut-être évité par l'extension, aussitôt après l'issue de la tête. Claudication.

Obs. XCVI. — *Luxation spontanée du fémur, abcès à la hanche, réduction; guérison*¹. — Enfant de quatre ans; coxalgie depuis quinze mois, suppurant depuis huit mois; cicatrisation, mais douleurs vives.

Luxation en haut et en dehors; raccourcissement de cinq centimètres et demi. Réduction par l'extension graduée; première extension très-douloureuse. Petit à petit les douleurs finissent par se dissiper. L'appareil en permanence reste pendant deux ans. Marche sans douleur, claudication faible; raccourcissement de quelques millimètres. Récidive de la coxalgie; même traitement. Guérison durable; très-peu de claudication; raccourcissement de douze millimètres.

Obs. XCVII. — *Coxalgie au premier degré; guérison. Autopsie*². — Une femme de chambre, vingt et un ans, entrée à la Charité au commencement de 1809, atteinte d'une maladie coxale du côté gauche.

L'allongement fut porté à vingt-sept millimètres, tout faisait craindre la luxation. On appliqua, en trois mois, au moins vingt vésicatoires.

On était bien loin de compter sur la réduction, quand, tout à coup, en moins d'un mois, l'allongement disparut, les douleurs diminuèrent, puis cessèrent. La fille sortit bientôt guérie.

Deux ans après, elle mourut d'une maladie étrangère. Les deux articulations coxo-fémorales, examinées, ne présentent pas la moindre différence.

Obs. XCVIII. — *Coxalgie, pas d'allongement; guérie. Il reste un frottement rude*³. — Berthelot, âgé de soixante ans, ancien militaire et portefaix, éprouva, en 1859, tous les signes d'une inflammation de l'articulation

¹ Harris, *Gazette des hôp.*, p. 550; 1859.

² Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IX, p. 267.

³ Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. IX, p. 277.

coxo-fémorale; pourtant il continua ses travaux. Ne pouvant plus ni marcher ni faire aucun effort, il entra à l'hôpital de Caen en juillet 1855. Douleur vive et exaspérée par les mouvements spontanés du membre, que le malade ne pouvait retenir. La percussion sur la plante du pied ou sur le talon était vivement sentie dans l'articulation; jamais il n'y eut élongation bien sensible du membre.

La maladie, déjà très-chronique, ne fut point influencée par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux, des vésicatoires, des moxas, etc. Cependant le malade finit par sortir de son lit. Les mouvements devinrent moins pénibles; mais, à mesure que l'amélioration augmentait, le malade reconnut dans l'articulation que le frottement des surfaces avait lieu avec une rudesse et un bruit de plus en plus perceptible, et dont le caractère fut bien saisi par les médecins, qui purent constater ce mode avantageux de terminaison.

Obs. XCIX. — *Coxalgie à la deuxième période; plan incliné; guérison*¹. — Une fille grande et forte, atteinte par récidive d'une hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale gauche, entre à l'hôpital. Malgré un traitement énergique, les douleurs persistent et font craindre que la résolution ne soit pas complète.

La cuisse était restée fléchie sur le tronc, et la saillie du grand trochanter annonçait que la tête devait avoir en partie quitté la cavité cotyloïde.

L'appareil à extension continue, d'une application trop difficile chez une fille de grande taille, fut remplacé par le plan incliné. Dès le premier moment, les douleurs furent diminuées, et à peine elles furent perçues au bout de quelques jours.

Cette position augmenta d'abord la douleur du genou, qui, bientôt après, disparut entièrement. La guérison aura lieu et promptement.

HUITIÈME PARTIE

TRAITEMENT

ARTICLE PREMIER

HISTORIQUE.

Si nous jetons encore un coup d'œil sur l'histoire de la science, nous voyons que les médications les plus variées, les

¹ Lesauvage, *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 512; 1857.