

rière, elle est petite, mais jusqu'à 10 ans elle est presque toujours suffisante pour être réduite.

Le col est aussi très modifié, toujours plus court, tantôt plus horizontal (Lorenz), tantôt plus vertical (Kirmisson). Il est généralement déjeté en arrière; aussi, quand on aura réduit cette luxation, la cuisse sera souvent en rotation externe.



Fig. 91. — Luxation congénitale de la hanche gauche, abaissement considérable du bassin du côté malade (Kirmisson).

La tête a perdu droit de domicile dans l'ancienne cavité. La nouvelle cavité se présente sous deux formes très différentes: tantôt il existe un toit osseux sur lequel s'appuie la tête; ce fait s'observe surtout dans les luxations supérieures. La luxation appuyée n'a pas tendance à s'exagérer. La malade marche très convenablement. Tantôt la tête n'est arrêtée que par des plans fibreux (capsules, muscles fessiers) qui se laissent effondrer progressivement. La tête est folle le plus souvent dans la luxation iliaque. Les malades sont de véritables infirmes.

La capsule s'est modifiée très inégalement. En avant, le ligament de Bertin se trouve relâché, puisque son insertion s'est élevée et reportée en arrière, il passe comme un voile sur la cavité déshabillée; il se sclérose, s'épaissit avec l'âge et peut constituer un obstacle à la réduction. Inversement, la partie postéro-supérieure de la capsule s'est laissée effondrer; elle s'aminuit et forme une coque qui sépare la tête de la paroi iliaque; entre la cavité ancienne déshabillée cotyloïdienne et la cavité normale iliaque, il y a une amorce de rétrécissement (disposition en sablier); mais, chez l'enfant, le rétrécissement n'est pas tel que la tête ne puisse le franchir. La capsule est très vasculaire et saignait beaucoup quand on faisait des interventions sanglantes.

En résumé, l'examen anatomique montre que la réduction est possible. J'ai pu le constater sur une pièce provenant d'un enfant traité par M. Brun. Les discussions violentes semblent donc tranchées. Ce n'est pas une reposition, comme le prétendait Paci, mais bien une réduction, comme le soutenait Lorenz.

Chez l'adolescent et chez l'adulte, les lésions sont définitives. La cavité déshabillée est réduite à une dépression qui a la forme d'un triangle à base postéro-supérieure; elle a perdu son cartilage et est comblée par une épaisse masse fibreuse, reliquat du ligament de Bertin.

Les muscles se rétractent; les adducteurs, le pectiné, sont particulièrement atteints; il faut les rompre ou les sectionner lors de la réduction.

**Symptômes.** — La luxation congénitale n'est pas reconnue à la naissance, puisque nous avons vu que la malformation n'est pas encore constituée. L'enfant commence à marcher tard, vers l'âge de 18 mois ou de 2 ans. D'où cette règle de conduite dont le médecin ne devrait jamais se départir: faire radiographier tous les enfants qui ne marchent pas à 16 mois. On pourrait souvent prévoir l'infirmité grave qui menace l'enfant et en prévenir les parents.

La *claudication* est caractéristique quand la jambe malade repose à terre au moment où elle devrait supporter le poids du corps, le tronc s'effondre brusquement du côté correspondant. Quand la luxation est bilatérale, la démarche de l'enfant rappelle celle des canards. Cette claudication est d'autant plus marquée, que la luxation est plus postérieure et moins appuyée. Il est à remarquer que l'enfant boite moins quand il marche vite; la claudication peut même disparaître pendant la course, la danse.

L'enfant se fatigue vite, tombe souvent.

La *déformation* s'accroît avec l'âge. C'est debout qu'elle est le plus marquée. Dans la luxation unilatérale, il faut avoir soin d'examiner l'enfant reposant sur la jambe malade. La déformation est constituée par trois facteurs: ascension du trochanter, vacuité de la cavité cotyloïde, ensellure lombaire.

La figure 91 montre la saillie du grand trochanter, accentuée encore dans la figure 92. Il s'ensuit que la région semble élargie. Le pli inguinal est déformé et souvent une dépression manifeste se voit au niveau de la cavité cotyloïde, que la palpation montre déshabillée. L'ensellure lombaire est toujours marquée; elle est d'autant plus évidente, que la tête est plus postérieure; elle s'accroît avec l'âge.

Le raccourcissement est apparent à la vue, et la mensuration le montre variant de quelques millimètres, chez les jeunes enfants, jusqu'à 6 ou 8 centimètres chez l'adolescent. On trouve cette longueur en mesurant la hauteur du trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

La *palpation* permet de reconnaître la situation de la tête. Dans la variété sus-cotyloïdienne, cette tête est sentie en dehors de l'artère fémorale, mais elle est masquée par les muscles couturier, tenseur du fascia lata. Dans la variété iliaque, la tête est facilement reconnue sur la face externe de l'os iliaque, tantôt près du cotyle, d'autres fois plus en arrière et plus haut.

Les *mouvements* doivent être recherchés; ils indiquent le degré de rétractions musculaires. Pendant les premières années, les mouvements normaux



Fig. 92. — Double luxation congénitale de la hanche (Kirmisson).

d'adduction, de flexion, de rotation externe peuvent être exagérés. Mais à partir de 5 ans, l'abduction commence à se limiter.

En tirant suivant l'axe du membre, on peut l'allonger de 5 ou 4 centimètres.

La *radiographie* est le complément nécessaire de tout examen de luxation congénitale.

**Pronostic. Évolution. Complications.** — La luxation congénitale de la hanche est une affection grave; les médecins ne sauraient trop insister auprès des parents sur cette infirmité qui rendra le malade impotent. Cette gravité est une raison qui milite en faveur du traitement, quelque incertain que puisse être le résultat.

Le sort de ces malades est d'ailleurs variable suivant que la luxation est appuyée ou ballante. La luxation appuyée est compatible avec une existence

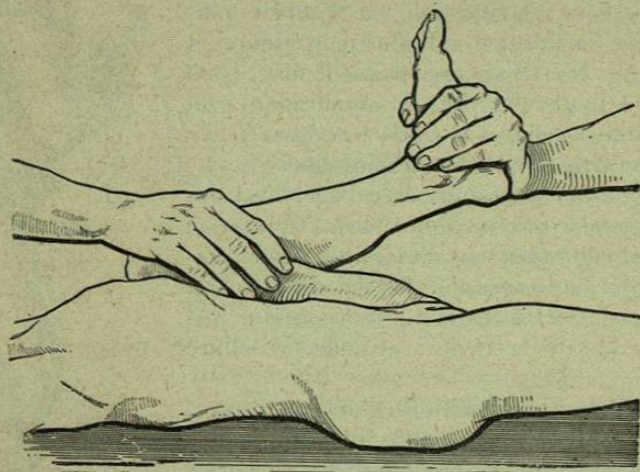


Fig. 93. — Immobilisation du bassin (Brun et Ducroquet).

active. Le malade conserve une claudication disgracieuse mais il peut marcher. Au contraire, dans la luxation ballante, la tête remonte progressivement, les déformations s'accroissent, les douleurs provoquées par l'arthrite font de ces malades de véritables impotents qui passent leur vie couchés ou assis.

Les attitudes vicieuses que prend l'enfant pour corriger la malformation créent des *déformations* qui peuvent devenir des complications. Le pied sain s'aplatit en raison de la surcharge, le genu valgum n'est pas rare. Le pied du côté malade se place en équinisme pour suppléer au raccourcissement de la jambe, il se creuse et bientôt le tendon d'Achille se rétracte : la déformation est définitive.

Du côté de la colonne il y a scoliose, en cas de luxation unilatérale; la lordose, dans les luxations bilatérales, peut atteindre de grandes proportions.

L'aplatissement du bassin peut être une cause de dystocie.

L'*arthrite* est la complication la plus à craindre, car elle crée l'impotence; elle succède quelquefois à un traumatisme, elle peut être tuberculeuse. Elle ne s'observe guère qu'à partir de l'adolescence.

**Diagnostic.** — La fréquence de la luxation congénitale comparée aux autres affections de la hanche rend le diagnostic facile. J'ai montré qu'il était impossible à la naissance, et très difficile à la fin de la première année. On devrait faire une radiographie de tout enfant (surtout les filles) qui ne marche pas au 15<sup>e</sup> mois.

La *coxa-vara*, (v. c. m.), l'inégalité de longueur des membres inférieurs peuvent simuler la claudication de la coxalgie. L'arthrite suppurée de la hanche chez les nourrissons peut détruire la tête et provoquer une pseudo-luxation (Ducroquet). La paralysie des muscles fessiers est très rare. On sera facilement fixé par l'examen clinique et radiographique.

**Traitement.** — La gravité de la luxation congénitale est telle que le praticien commettrait une lourde faute de ne pas conseiller le traitement. Sans doute on ne guérit pas facilement et sûrement les enfants atteints de cette infirmité, mais on améliore toujours.

La *réduction sanglante* (méthode de Hoffa) est actuellement abandonnée, les dangers de l'intervention, la fréquence des récidives et surtout les raideurs et



Fig. 94. — Rupture des adducteurs (Brun et Ducroquet).

les ankyloses qui compromettaient le résultat dans les cas les plus heureux firent de plus en plus réduire ses indications (Nové-Josserand).

La *réduction non sanglante* (Paci-Lorenz-Brun) est la méthode de choix.

L'âge de l'enfant a une très grosse importance sur les résultats. Il faut attendre que les enfants soient propres, aussi n'opère-t-on guère avant 2 ans. Passé 6 ans les difficultés sont croissantes et à 10 ans la réduction est possible mais très aléatoire.

Dans les luxations bilatérales chaque côté sera traité alternativement.

1° *Immobilisation du bassin* (fig. 93). — L'aide appui très fortement sur la cuisse fléchie, comme s'il voulait l'enfoncer dans l'abdomen. Cette immobilisation a une très grosse importance, l'aide qui l'assure doit être vigoureux.

2° *Rupture des muscles* qui s'opposent à la réduction. Les adducteurs sont le principal obstacle, ils se tendent quand la cuisse est placée en demi-flexion et abduction. Dans cette attitude le chirurgien les rompt en exécutant sur eux avec le poing fermé un mouvement de va-et-vient comme s'il voulait les scier pendant que sa main gauche, cramponnée au genou, cherche à exagérer l'abduction (fig. 94), il se forme bientôt une encoche correspondant à la rupture. Ce temps est long, toujours pénible. Pour compléter la mobilisation on exécute des mouvements étendus de circumduction.

3° Réduction. — On fait cheminer la tête le long du bord postérieur du cotyle et quand elle est assez abaissée on lui fait sauter ce bord.

a) L'opérateur saisissant à pleine main droite l'extrémité inférieure de la cuisse demi-fléchie exerce un triple mouvement de traction, flexion, rotation

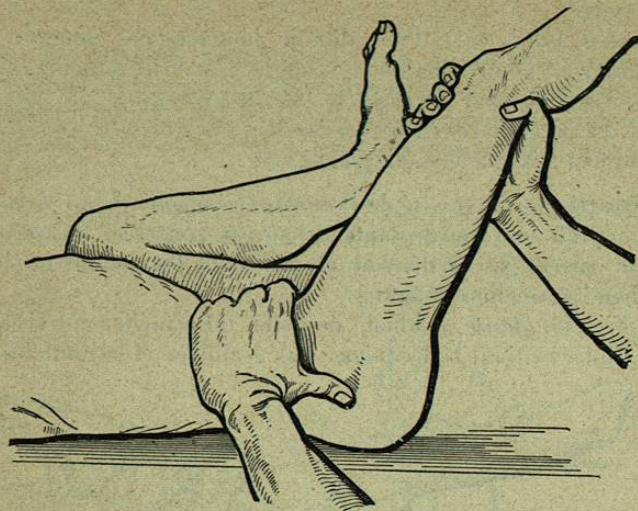


Fig. 95. — Première manœuvre et réduction. Flexion (Brun et Ducroquet).

externe (fig. 95) pendant que sa main gauche embrassant le trochanter cherche à l'abaisser.

b) Quand la tête est arrivée en regard du segment inférieur du cotyle, l'opérateur porte la cuisse en abduction (fig. 96), généralement la réduction s'opère à

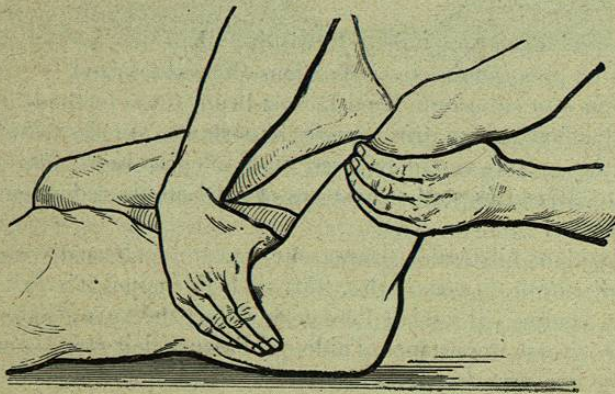


Fig. 96. — Deuxième manœuvre. Abduction (Brun et Ducroquet).

ce moment, on perçoit un craquement particulier, quelquefois assez fort pour être entendu des assistants, en même temps on constate un ressaut de l'extrémité fémorale et un effacement de la région trochantérienne.

Si la réduction ne se produit pas au moment de l'abduction de la cuisse on peut exécuter la manœuvre indiquée figure 97.

Généralement quand la tête est bien réduite elle est fixée dans l'attitude d'abduction. Pour contrôler la réalité de la réduction on provoque la luxation en diminuant l'abduction et la rotation externe. On la réduit de la façon que j'ai indiquée.

4° Immobilisation, premier appareil plâtré. — L'enfant est porté sur le



Fig. 97. — Propulsion de la tête en avant (Brun et Ducroquet).

pelvi-support (fig. 98) dans l'attitude d'abduction et rotation externe, un aide l'immobilise très soigneusement dans cette attitude. C'est généralement à ce

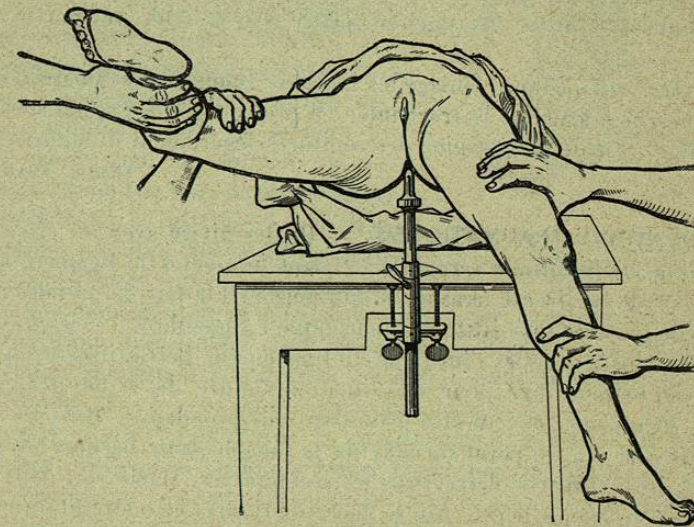


Fig. 98. — Position de l'enfant pendant l'application de l'appareil plâtré (1<sup>re</sup> position). (Brun et Ducroquet.)

moment que la luxation se reproduit, aussi a-t-on construit des tables de réduction compliquées mais souvent utiles (Schedé, Ducroquet). Sur un maillot très tendu on place un appareil plâtré descendant jusqu'au mollet et moulant bien les épines iliaques, le pubis et la rotule.

Pendant 2 à 3 mois l'enfant est maintenu au lit dans cet appareil.

Le *second appareil* se place en extension, rotation externe. L'enfant est endormi, on enlève le plâtre et on procède avec précaution à ce changement de position. Les manœuvres nécessaires sont parfois assez laborieuses et il faut agir avec prudence car on produit souvent des décollements épiphysaires des extrémités supérieures ou inférieures du fémur. Un nouvel appareil est confectionné, il restera en place 6 à 8 semaines.

La *troisième position* peut être obtenue sans chloroforme chez les sujets résistants. Le membre est placé dans la rectitude et en rotation interne.

Ce nouvel appareil est enlevé après 6 semaines. Alors commence un traitement long, pénible et très important, qui doit faire disparaître la raideur de la hanche toujours considérable et reproduire les muscles de la fesse et de la cuisse atrophies. L'enfant sera condamné au repos absolu au lit pendant quelques semaines, on fera des massages sans chercher à mobiliser la hanche, puis peu à peu on fera de très légers mouvements de flexion; quand celle-ci sera possible on essaiera l'abduction. Ce traitement consécutif est très délicat, sa durée est variable. Le traitement d'une luxation congénitale est rarement inférieur à une année.

**Traitement palliatif.** — Quand les enfants ont dépassé l'âge de 12 ans on ne peut proposer qu'un traitement palliatif commandé souvent par les complications. La résection de la tête n'est indiquée que si les douleurs sont violentes et tenaces. L'ostéotomie sous-trochantérienne (Kirmisson) améliore l'état des malades chez qui l'adduction est très marquée.

L'immobilisation dans un appareil plâtré est la seule ressource dans les arthrites.

La ceinture orthopédique soulage les malades. Dupuytren a construit un appareil qui cherche à soutenir le trochanter en prenant point d'appui sous les aisselles. Lange, Schedé ont imaginé des ceintures légèrement différentes.

VICTOR VEAU.

**HANCHE (LUXATIONS TRAUMATIQUES).** — On les divise avec les classiques depuis Bigelow en *luxations irrégulières*, dans lesquelles le ligament antérieur en Y ou en V de Bertin est arraché, ce qui permet à la tête de prendre une position quelconque avec une attitude quelconque du membre, — et en *luxations régulières*, dans lesquelles l'intégrité du ligament de Bertin impose au membre une position toujours fixe pour une situation donnée de la tête fémorale. Ces luxations régulières peuvent être primitives ou secondaires. Dans les *primitives*, la tête sort par un point variable de la capsule pour occuper *directement* sa position fixe extra-articulaire. Dans les *secondaires*, la tête sort de la capsule, toujours par le même point, par sa face inférieure, et n'atteint qu'*indirectement* sa situation définitive, après avoir occupé des positions intermédiaires et temporaires.

C'est à peu près uniquement des luxations régulières et secondaires que nous entendons parler.

**Étiologie.** — Cette lésion traumatique est relativement rare. C'est un accident de l'âge adulte, bien qu'on en connaisse des cas exceptionnels dans le jeune âge; on la trouve avec une grande prédominance chez l'homme. On la rencontre à la suite de violents traumatismes (éboulement, chutes de grande

hauteur, écrasement sous une voiture très chargée). Ces traumatismes agissent directement sur la hanche, ou indirectement, sur le fémur, le bassin étant fixé ou sur le bassin, la cuisse étant fixe.

**Mécanisme. Lésions.** — Il est essentiel à connaître car on doit raisonner les manœuvres de réduction dans chaque variété, pour faire parcourir en sens inverse à la tête luxée, le chemin qu'elle a fait, lors de son déplacement traumatique.

1° *Luxation primaire par flexion directe.* — Dans la flexion forcée sur le bassin la tête fémorale saille à la partie inférieure de l'acétabulum, distendant la capsule dans sa partie la plus mince; celle-ci peut céder, la tête fémorale sort après déchirure du ligament rond et se place juste au-dessous de la cavité cotyloïde, s'arc-boutant contre le bord de l'acétabulum sur un point d'appui étroit et glissant: aussi cette forme, *luxation sous-cotyloïdienne*, est-elle très instable (fig. 99).

La capsule est intacte partout, sauf au niveau de l'orifice de sortie inférieur. Le fémur figure désormais un levier coudé à branches très inégales dont le point d'appui voisin de la coudure répond à l'insertion de la capsule et des muscles péri-articulaires. Les 2 branches du levier se déplaceront toujours en sens inverse.

2° *Orientation secondaire de la luxation par rotation dans la flexion directe.* — Après la sortie de la tête, le moindre mouvement de rotation de la cuisse poussera la tête hors de sa situation sous-cotyloïdienne si instable et ceci sans augmentation sensible des lésions capsulaires. Une *rotation interne* de la cuisse porte la tête fémorale en arrière et en dehors sur la tubérosité de l'ischion: c'est la *luxation sous-ischiatique*; désormais le déplacement est amorcé par cette rotation surajoutée à la flexion, en arrière du plan passant par le centre de la cotyloïde, dans le sens *dorsal* par conséquent.

Une légère *rotation externe* de la cuisse déplace de même la tête dans le sens *ventral*: celle-ci se porte en regard et un peu en dehors de la branche ischio-pubienne, au voisinage du périnée: d'où le nom de *luxation périnéale latérale*: peut-être vaudrait-il mieux dire *luxation ischio-pubienne*.

3° *Évolution tertiaire par extension progressive.* — La force qui agit alors sur le membre et qui est ou bien le plus simple poids du membre, si le traumatisme est épuisé, ou bien la force traumatisante elle-même, se décompose par suite de la résistance que forment les ligaments et les muscles, en deux forces l'une verticale, l'autre horizontale, dont la résultante est variable. On peut dire, en tout cas, que, grâce à la résistance de la capsule et des muscles, *l'extension ne peut jamais se faire directement*: elle se fait pour les déplacements *ventraux* par abduction, pour les déplacements *dorsaux* par adduc-

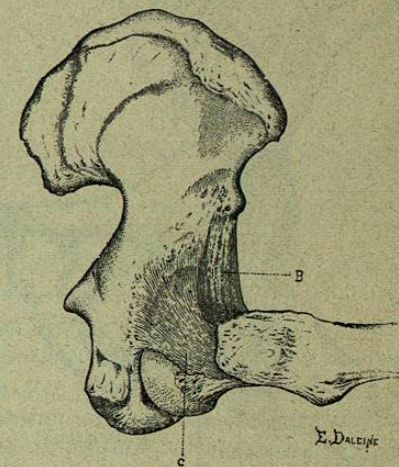


Fig. 99. — Luxation sous-cotyloïdienne. (Bigelow).

tion, et le mouvement de latéralité de la cuisse est d'autant plus accusé que le degré d'extension permis par les lésions capsulaires est moins accentué : il y a entre les deux mouvements un rapport inverse.

a) *Déplacements ventraux.* — Si la capsule articulaire et les ligaments résistent obstinément, la force verticale ne peut se satisfaire, l'extension est impossible, la cuisse reste en flexion à angle droit, toute la force traumatisante agit dans le sens horizontal; l'abduction est très marquée : la tête fémorale ne peut pas remonter (puisque la cuisse ne descend pas), mais elle se porte beaucoup plus loin en dedans et en avant : on peut la trouver sur la ligne médiane

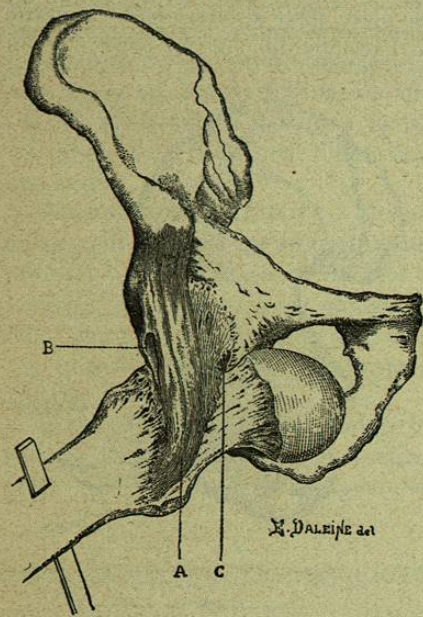


Fig. 100. — Luxation obturatrice (Bigelow).

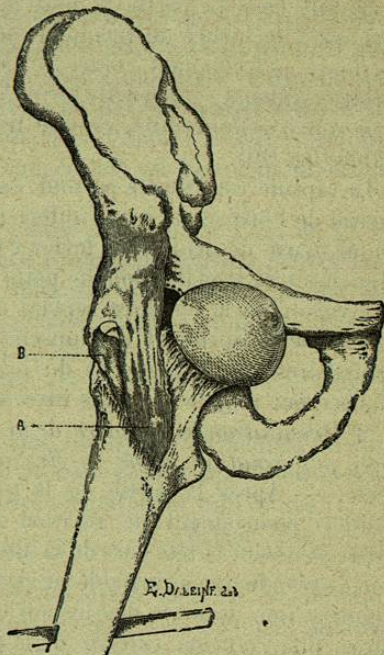


Fig. 101. — Luxation pubienne (Bigelow).

du périnée, Pope l'a rencontrée sous le scrotum, Hodder sous le pubis. C'est la luxation périnéale médiane ou périnéale vraie.

La capsule peut céder plus largement en bas; sa partie antérieure s'arrache jusqu'au ligament pubo-fémoral qui est éraillé. Un peu d'extension est possible; la cuisse se met en demi flexion : l'intégrité du faisceau vertical du ligament de Bertin ne permettrait plus d'extension que si la tête pouvait monter plus haut, car celle-ci est arrêtée par la capsule qui la bride et le point d'appui qu'elle prend sur le bord antérieur de sa cavité cotyloïde : elle est en regard du trou ovale. La cuisse demi-fléchie est dans la rotation externe et en abduction moyenne. C'est la luxation obturatrice ou ovale (fig. 100).

Si tout le ligament pubo-fémoral cède ainsi que la partie antéro-interne de la capsule, la tête n'étant plus bridée perd son contact osseux et peut monter. Elle vient se placer au-devant de la branche horizontale du pubis : c'est la luxation pubienne (fig. 101). La tête étant montée, le faisceau vertical de Bertin permet

une extension beaucoup plus étendue sinon absolument complète. La cuisse est donc presque droite en abduction très légère et toujours en rotation externe.

Si toute la partie antéro-interne de la capsule a cédé jusqu'à l'insertion du ligament de Bertin, la tête peut monter encore plus haut et venir reposer sur le bord supérieur du cotyle, juste au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure repoussant le ligament de Bertin : c'est la luxation sous-épineuse. La cuisse est en extension complète, l'abduction est minima, la rotation externe accentuée. C'est là d'ailleurs une variété exceptionnelle.

Toutes les luxations ventrales restent antérieures, c'est-à-dire que les déplacements de la tête par la voie antérieure ne peuvent jamais atteindre une demi-circonférence, parce que le ligament de Bertin est antérieur et ne permet pas une excursion plus grande. Aussi dans toutes les variétés trouve-t-on un caractère fixe :

la rotation externe associée à un degré variable de flexion-abduction, ces deux derniers éléments étant en rapport inverse.

b) *Déplacements dorsaux.* — Après son orientation postérieure en position

sous-ischiatique par rotation interne, la tête par suite du mouvement d'extension remonte. La partie postérieure de la capsule se désinsère, la tête charge le muscle obturateur interne, mais ne l'arrache pas : aussi ne peut-elle monter plus haut. Elle déborde légèrement la grande échancrure sciatique. C'est la luxation ischiatique. Le col est solidement soutenu par le ligament de Bertin dont le faisceau vertical arrête très vite l'extension commencée, la tête n'étant pas montée assez haut. La cuisse est donc en demi-flexion, en adduction très marquée et en rotation interne. Cette dernière est maintenue par le faisceau horizontal du ligament de Bertin (fig. 102).

Si l'obturateur interne et les jumeaux cèdent sous la pression de la tête, la partie postérieure de la capsule moins résistante se déchirant aussi, la tête monte plus haut et vient se placer en arrière et au-dessus de la partie postérieure de la cavité cotyloïde, débordant

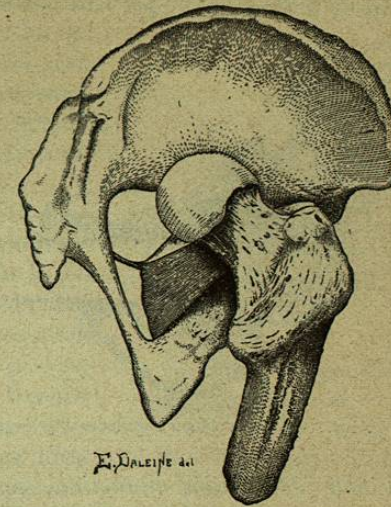


Fig. 102. — Luxation ischiatique (Bigelow).

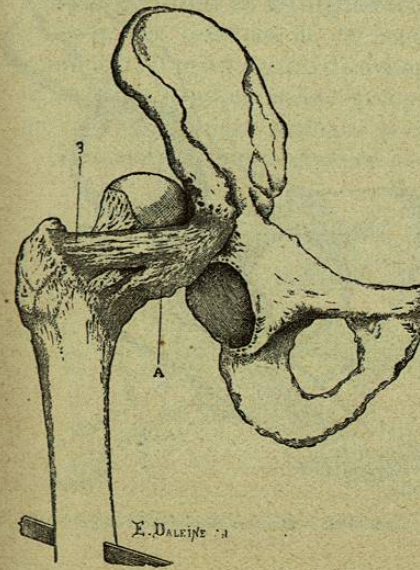


Fig. 105. — Luxation iliaque (Bigelow).