

**Étiologie.** — Ainsi que nous l'avons dit, la luxation congénitale est infiniment plus fréquente chez la femme. Sur 45 cas, Dupuytren et Pravaz n'ont compté que 7 hommes. Je n'ai trouvé que deux garçons atteints de cette affection, tandis que j'ai vu au moins 60 sujets féminins en souffrir. Sur 330 autopsies de nouveau-nés, Parise a vu 4 fois cette malformation.

Les luxations unilatérales seraient plus fréquentes que les bilatérales. Ce vice de conformation s'observe davantage dans certaines contrées que dans d'autres. Dans le nord de la France elle est rare ; elle est fréquente au contraire dans la Haute-Loire. J'ai été frappé de sa fréquence dans le Tyrol. L'influence de l'hérédité est également très grande<sup>1</sup>.

On a émis les hypothèses les plus diverses sur la pathogénie des luxations congénitales. Comme on ne pouvait pas aisément admettre l'action d'une violence quelconque durant la vie intra-utérine, — dans ce cas, il se produit toujours une fracture — on a songé à des convulsions du fœtus (Chaussier). A l'époque où la ténotomie était en vogue et semblait vouloir empiéter sur tous les domaines, on prétendit que la tête fémorale avait été chassée de la cavité articulaire par la rétraction de certains muscles, rétraction que l'on attribuait à des lésions des centres nerveux. Mais ni la rétraction ni la lésion centrale n'ont jamais été démontrées. Tout aussi inadmissible est l'opinion de Verneuil, que la luxation résulterait d'une paralysie et atrophie des muscles pelvi-trochantériens ; cette atrophie n'existe pas<sup>2</sup>. Une opinion beaucoup mieux motivée est celle de Pravaz, Parise et Sédillot qui admettaient l'influence d'un exsudat articulaire durant la vie intra-utérine ; quelques autopsies sont en faveur de cette hypothèse.

Récemment, Dollinger, de Pest, s'appuyant sur des analogies fort ingénieuses, a soutenu qu'il fallait chercher l'origine des luxations congénitales dans une ossification précoce des cartilages, ou dans un arrêt

souvent graves au point de vue obstétrical. La luxation unilatérale aboutit à un rétrécissement asymétrique du détroit inférieur. Dans la luxation bilatérale, au contraire, il se fait autour de chaque cotyle un mouvement de bascule en conséquence duquel la crête iliaque se porte en dedans et l'ischion en dehors, d'où rétrécissement du détroit supérieur et élargissement du détroit inférieur ; en sorte qu'ici tout danger cesse une fois franchi le détroit supérieur et qu'au contraire à partir de ce moment le fœtus est expulsé avec une rapidité anormale.

A. B.)

(1) La statistique publiée par Pravaz en 1884 donne sur 107 cas 11 hommes et 96 femmes ; 51 luxations bilatérales, 29 droites et 27 gauches. A. B.)

(2) Je ne crois pas que la théorie de Verneuil soit exacte et qu'il faille attribuer toutes les luxations congénitales à la paralysie musculaire. Mais il est à noter que presque toujours les muscles péri-articulaires sont atrophiés. A. B.)

de développement du cartilage de conjugaison en Y ; et que ces anomalies étaient dues à des phénomènes inflammatoires, intenses, se passant dans le voisinage de l'articulation. Il faudrait penser alors que la cavité ait été primitivement trop petite et que la tête qui a continué son développement n'ait pas trouvé de place suffisante pour s'y loger. En poursuivant cette idée, Grawitz a trouvé d'après des examens histologiques que la cause de la luxation était due à un arrêt de formation du cartilage en Y ; à la limite de l'os et du cartilage, les zones de prolifération étaient moins riches que sur un bassin normal, ou même le cartilage avait l'aspect d'un tissu dégénéré.

Enfin Roser a eu une idée fort intéressante. Il part de ce fait que le pied-bot est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, et que pour la luxation c'est le contraire ; or le pied-bot est dû à une pression exercée par les parois utérines sur le pied du fœtus, faute de liquide amniotique. La luxation ne pourrait-elle pas être due à une cause analogue ? En examinant les nouveau-nés atteints de luxation, on est convaincu qu'une forte adduction doit amener petit à petit une luxation. Il s'agissait seulement de savoir pourquoi cet endroit est plus fréquemment atteint chez les filles. La réponse paraît bien naturelle ; chez les garçons cette position déterminerait une pression sur les organes génitaux externes, ce qui amènerait des réflexes qui dégageraient le membre.

**Traitement.** — Depuis que Dupuytren a fait de nombreuses recherches sur la luxation congénitale, on s'est demandé souvent si cette luxation était guérissable ou non. Quand on interrogeait les anciens chirurgiens, on en trouvait à peine un sur cent qui tentât un essai de guérison ; et même ceux qui se décidaient à intervenir reconnaissaient qu'ils cherchaient simplement à améliorer le malade ; enfin parmi ces derniers il y en a eu, en France surtout, qui ont fait de leur méthode un secret. Pravaz et Valette ont proposé le procédé suivant. Au moyen d'un appareil de traction, on ramène d'abord la tête fémorale en bas en face de la cavité articulaire ; il faut pour cela de 2 à 6 mois. Puis on cherche à placer la tête dans la cavité et à l'y maintenir par un appareil pressant sur la face externe de la cuisse ; on tâche d'entretenir un processus irritatif afin que la tête contracte des adhérences dans sa nouvelle position. Au bout de quelques semaines, on essaye d'imprimer quelques légers mouvements, et plus tard on laisse l'enfant marcher dans un appareil construit de façon à ce que les jambes n'aient presque pas à soutenir le poids du corps. Pendant tout ce traitement, on doit veiller à ce que l'enfant ne perde pas ses forces.

Un jour que Pravaz présenta un enfant qu'il avait traité par son pro-