

cé, Bouvier nia que la réduction fût faite, mais tous les chirurgiens présents reconnurent que son état était très amélioré.

Afin de provoquer des adhérences de la tête au bassin, Jules Guérin proposa de faire des scarifications sous-cutanées; Bühring conseilla même de perforer les os. Broadhurst proposa un procédé spécial; il détache, par des incisions sous-cutanées, tous les muscles de leurs insertions trochantériennes, puis il fixe le membre à une attelle droite et le soumet pendant 6 à 8 semaines à une traction continue. Ce procédé paraît provoquer des adhérences plus solides. Broadhurst soutient de plus que chez les jeunes enfants la réduction directe est possible et que la tête se laisse maintenir en place. Jusqu'à ce jour, Broadhurst paraît avoir obtenu les meilleurs résultats.

Depuis l'ère antiseptique, et surtout dans ces dernières années, de nouveaux procédés ont surgi. D'une part on eut l'idée de provoquer une ankylose de l'articulation. Ainsi Kœnig proposa de faire une nouvelle cavité dans laquelle on clouerait la tête fémorale. Hueter avait déjà proposé la résection de la tête, la formation d'un lambeau périostique pris sur l'os iliaque, et d'un autre sur le col du fémur, et leur réunion au-dessus du trait de scie. Je comprends ces tentatives parce que l'ankylose de la hanche dans l'extension est sans inconvénient pour la marche; mais le sujet s'assied cependant difficilement, et d'autre part comme il s'agit surtout de femmes, la question du coût ne doit pas laisser le chirurgien inattentif. Qui sait ce qu'il adviendra de ce côté?

D'autres tentatives ont été faites dans le but de donner à la malade une articulation mobile. Ainsi Margari a réséqué la tête, élargi la cavité cotyloïde et s'est efforcé de faire une articulation mobile. Au point où la tête fémorale repose sur l'os iliaque, Ogston a creusé une cavité dans ce dernier os, puis a réséqué l'extrémité fémorale au-dessus du petit trochanter, et a enfin adapté ce dernier dans la cavité afin qu'il imitât autant que possible la tête articulaire. On ne peut conclure qu'une seule chose de ce procédé et d'autres semblables: est-il préférable de boiter un peu moins et d'avoir une jambe moins forte et plus courte, ou de boiter un peu plus mais d'avoir un membre solide et parfaitement utilisable? Je crois qu'il faut remettre l'intervention chirurgicale à un âge un peu avancé où on pourra former une nouvelle cavité aux dépens de l'os iliaque, et faire une sorte d'arthrodèse en extirpant la capsule.

Afin de rendre la marche plus assurée on a proposé un grand nombre d'appareils orthopédiques. L'appareil de Taylor, que nous allons apprendre à connaître en étudiant la coxalgie, pourrait rendre d'excellents services dans la luxation unilatérale, à la condition de le mo-

difier en conséquence. Pour les luxations doubles, Bouvier a proposé un appareil qui doit empêcher le trochanter de remonter au moment où le malade appuie le pied. Cet appareil consiste en une ceinture pelvienne en cuir comprimé qui a été confectionnée sur un moule de la région et qui est renforcée au-dessus de la région trochantérienne par une tige d'acier. Deux autres tiges en acier s'appuient dans le creux axillaire. Kraussold emploie un appareil de ce genre; seulement les trochanters sont maintenus par une pelote mobilisable. Les pelotes sont concaves et leur cavité est moulée sur le sommet des trochanters. Elles sont fixées à une ceinture pelvienne et doivent s'appliquer dans la région située entre l'épine antéro-supérieure et le trochanter<sup>1</sup>.

**Parallèle avec la spondylolisthèse.** — Bien que ce soit contre le plan général de cet ouvrage, des raisons pratiques m'engagent à dire ici quelques mots sur la spondylolisthèse. En regardant la figure 42 et en comparant la région fessière avec celle de la figure 41 on comprendra immédiatement mes motifs.

L'expression spondylolisthèse a été créée en 1853 par Kilian, pour désigner une anomalie du bassin caractérisée par ce fait que la cinquième vertèbre lombaire a glissé en bas et en avant sur la base du sacrum (*δυσθαινω*, je glisse).

De nouvelles recherches, faites surtout par les accoucheurs, ont montré que ce n'était pas la 5<sup>e</sup> lombaire tout entière, mais seulement sa moitié antérieure qui a glissé.

Nous empruntons les données suivantes à l'auteur qui s'est le plus consacré à l'étude de ce sujet, J. L. Neugebauer, de Varsovie.

L'olisthèse peut avoir lieu:

1<sup>o</sup> Par un défaut d'ossification congénital, latéral, d'un seul ou des

(1) Dans les indications thérapeutiques, il faut d'abord tenir compte de l'état fonctionnel des parties et à cet égard il faut distinguer si lorsque la tête reste oscillante dans la fesse ou qu'au contraire elle est fixée, une pseudarthrose plus ou moins bien constituée lui fournissant appui dans la fosse iliaque. Si la tête est fixée, la marche se fait dans d'assez bonnes conditions et l'intervention active doit être repoussée: on s'en tiendra aux massages, à l'hydrothérapie, à l'électrisation, car si ces luxations, malgré l'opinion de Verneuil, ne sont pas originellement paralytiques, les muscles péri-articulaires subissent néanmoins une atrophie importante au point de vue fonctionnel. Si la tête n'est pas fixée, le fonctionnement du membre est très médiocre, et les moyens simples que je viens d'indiquer sont insuffisants. C'est dans ces conditions qu'on aura recours aux méthodes sanglantes. Parmi celles-ci j'ajouterai à celles qu'Albert a énumérées la méthode de Hoffa. Cet auteur aborde la tête par l'incision postérieure de Langenbeck pour la résection et désinsère les muscles trochantériens; cela fait, il peut abaisser la tête et la mettre en regard du cotyle. (A. B.)

deux côtés de l'arc de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire, spécialement dans sa portion inter-articulaire (spondyloschise inter-articulaire congénitale de l'arc).

2° Par une fracture primitive de l'arc de la 5<sup>e</sup> lombaire dans la région inter-articulaire.

Dans ces deux cas, l'arc reste donc en place, et le corps glisse en avant. Mais il peut aussi y avoir eu

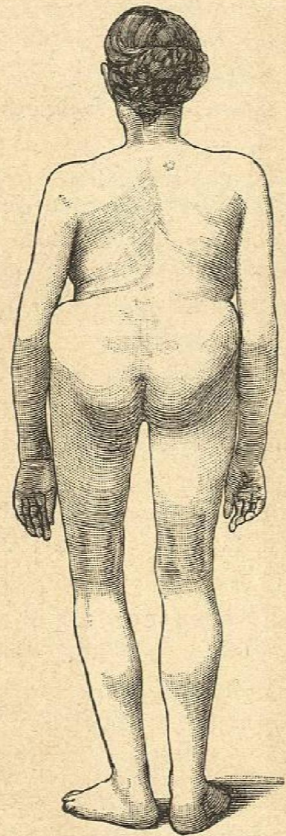


Fig. 42. — Spondylolisthèse.

3° Une fracture primitive des apophyses articulaires sacrées, en sorte que l'arc se porte en avant et les apophyses articulaires inférieures subissent par traction une élévation correspondante dans la direction antéro-postérieure.

A part les anomalies du bassin dues à ces dispositions, nous relevons les particularités suivantes sur une femme atteinte de spondylolisthèse :

Le tronc est beaucoup plus court, les bras paraissent d'une lon-

gueur démesurée ; la région lombaire est déprimée en lordose, et tandis qu'à l'état normal les lignes qui unissent les 2 trochanters (A B) et les 2 crêtes iliaques (C S) forment un trapèze à base inférieure, elles forment un trapèze à base supérieure dans la spondylolisthèse ; mais en opposition avec ce qui arrive dans la luxation congénitale, la position des trochanters par rapport à la crête est normale, ainsi que l'articulation elle-même.

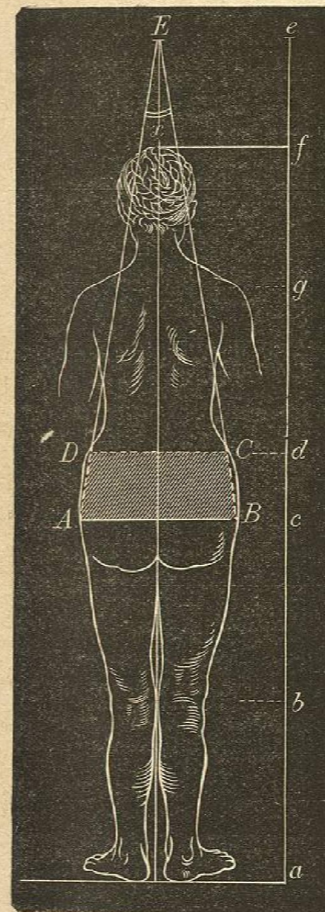


Fig. 43. — Sujet normal.

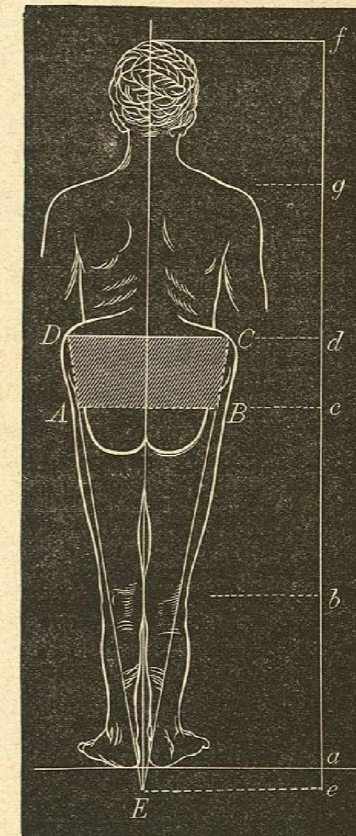


Fig. 44. — Spondylolisthèse.

#### § 4. — Fractures du col du fémur.

**Historique.** — Depuis les travaux de A. Cooper, de nombreuses études ont été faites sur les fractures du col ; et elles ont eu surtout pour but de différencier les fractures extra-articulaires des fractures in-