

recours à des opérations économiques, telles que la résection semi-articulaire humérale, mais la récédive est déjà à craindre.

« Enfin, les ankyloses les plus nombreuses sont celles dans lesquelles toutes les articulations huméro-radio-cubitales sont prises. La synoviale, les cartilages d'encroûtement ont disparu et les extrémités osseuses sont réunies par de l'os ou du tissu fibreux. Ici, la seule opération capable de rendre les mouvements est la résection totale et étendue du coude. La résection doit être un peu plus étendue sur le radius pour obtenir des mouvements de supination. »

III. — Déformations du corps de l'humérus.

Ce sont les déformations de nature rachitique des courbures à concavité interne ou antéro-postérieure, ne donnant pas lieu à une intervention. La courbure que l'on note le plus souvent est une déviation du col chirurgical à concavité interne. Elle s'observerait chez les enfants rachitiques marchant à « quatre pattes », et serait due à la pression de bas en haut que supporte le bras chargé de soutenir le poids du corps.

IV. — DIFFORMITÉS ORTHOPÉDIQUES DE L'ÉPAULE ET DE L'OMOPLATE.

Nous étudierons successivement : 1° les déformations de l'extrémité supérieure de l'humérus (*humérus valgus et varus*) ; 2° la périarthrite scapulo-humérale ; 3° les bursites sous-détoïdiennes ; 4° la luxation paralytique de l'épaule ; 5° l'ankylose de l'épaule ; 6° la symphyse thoraco-brachiale ; 7° la bursite séreuse crépitante sous-scapulaire.

I. — Déformations de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Humérus valgus et varus.*)

En 1892, avec M. Poirier, nous avons attiré l'attention sur les déformations multiples de la tête humérale à la suite de fractures (1). Dans notre mémoire, nous avons présenté une classification anatomopathologique des différentes variétés de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Or, parmi ces variétés, il en est dans lesquelles la tête humérale est abaissée soit directement, soit en rétroversion, et cela à des degrés les plus divers. Dans un cas rapporté par

(1) P. Broca a bien étudié la direction de la tête humérale. Celle-ci, à l'état normal, fait un angle de flexion de 130° à 140° avec la diaphyse. De plus, tandis que chez les quadrupèdes la tête de l'humérus surplombe la cavité olécrânienne, chez l'homme elle surplombe le condyle interne. Si, l'humérus étant placé verticalement, on pose un fil à plomb sur le milieu de la tête humérale, le plomb ne descend presque jamais sur l'épitrachée, mais un peu plus en arrière. Meyer (de Zurich) avait déjà montré que l'axe de la tête projetée sur un plan horizontal s'écarte de l'axe transversal du coude sous un angle de 20°, chez les Européens : c'est l'angle de déclinaison, ouvert en dedans et en arrière quand l'os est mis en position normale.

Augé, la tête était déviée en avant, en antéverson. La fracture peut donc déterminer une déviation de la diaphyse humérale, soit en dehors (*valgus*) (fig. 270), soit en dedans (*varus*).

Le décollement épiphysaire supérieur peut aussi donner lieu à une déformation en *humérus varus*, soit quand il est traumatique, soit lorsqu'il est consécutif à une ostéomyélite. Les cals vicieux pourraient provoquer aussi des déformations de l'angle diaphyso-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus.

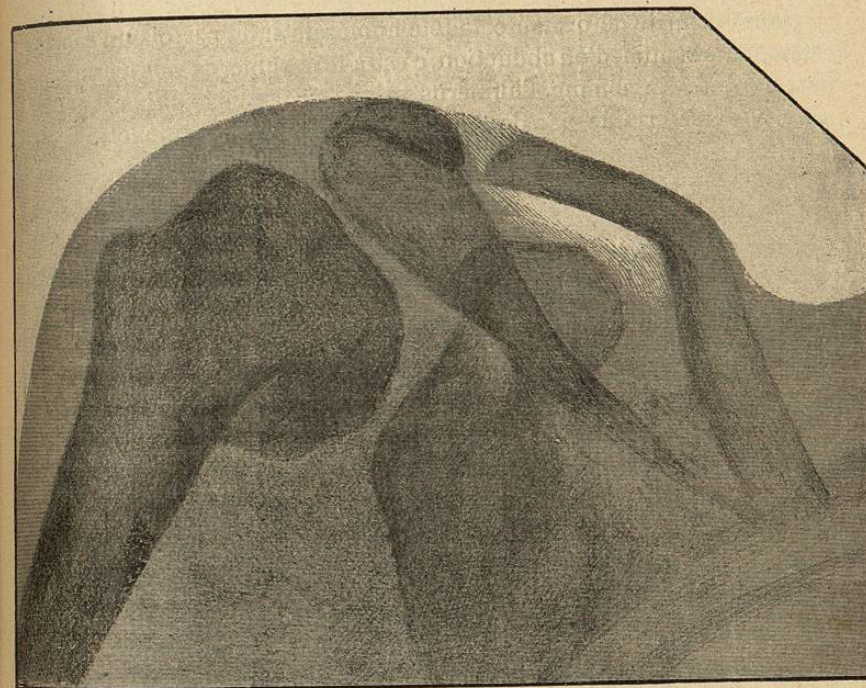


Fig. 270. — Radiographie d'un humérus valgus après fracture (Obs. pers.).

Dans ces différentes déviations traumatiques, le membre supérieur est peu dévié dans sa direction. La rotation interne ou externe que l'on devrait observer est corrigée, le plus souvent, comme le démontrent les observations cliniques. Dans les cas de luxation de l'épaule compliquée de fracture du col chirurgical, le membre se met souvent en abduction : c'est un *humérus valgus*. Jaboulay (*Province méd.*, 1893) a insisté sur les modifications d'orientation de la tête humérale dans des ostéomyélites du coude.

En 1894, nous avons émis l'hypothèse que certaines déviations bizarres du col anatomique de l'humérus s'expliqueraient peut-être par une altération rachitique du cartilage dia-épiphysaire supérieur (1).

(1) PL. MAUCLAIRE, *Coxa vara et coxa valga* (*Bull. médical*, 1894, p. 348).

Plus récemment, Riedinger (1) a aussi attiré l'attention sur ces déviations en valgus ou en varus de l'humérus; il a présenté la pièce suivante d'humérus valgus. « La déviation s'était produite pendant la croissance, il y avait eu une ankylose du coude à la suite d'une fracture condylienne; l'avant-bras était fléchi à angle droit et en pronation moyenne. La déviation humérale résultait d'une torsion de la partie supérieure de l'humérus au niveau de la ligne épiphysaire et au niveau de la diaphyse elle-même. » Ces lésions rappellent celles que Jaboulay a décrites pour le col fémoral après les ankyloses du genou.

Dans l'arthrite déformante, la tête humérale subit parfois un déplacement horizontal, d'où abduction, c'est-à-dire humérus valgus (musée Dupuytren). En somme, l'humérus valgus ou varus acquis est assez rare et ne détermine pas de bien grands troubles fonctionnels.

II. — Périarthrite scapulo-humérale (Duplay) (2).

Cette affection, soupçonnée par Jarjavay, a été décrite pour la première fois en 1872, par le professeur Duplay. Elle est caractérisée par de la douleur et la perte totale ou partielle des mouvements de la jointure; elle siège dans la bourse séreuse sous-deltaïdienne.

Rappelons la disposition de la vaste bourse séreuse siégeant au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne et au-dessous du deltoïde, enveloppant l'extrémité supérieure de l'humérus, constituant, en quelque sorte une seconde articulation extérieure à la vraie jointure et en rapport avec le glissement physiologique de la tête humérale sous la voûte acromio-coracoïdienne. Les lésions de cette articulation supplémentaire produisent, en effet, des troubles fonctionnels absolument semblables à ceux qui sont déterminés par les lésions intra-articulaires.

D'abord soupçonné par l'observation clinique, le siège extra-articulaire de cette affection a été démontré par une autopsie faite par Duplay, qui l'a rapportée dans son mémoire de 1872 et dans laquelle il a pu constater qu'il n'existait aucune altération de la jointure, alors que la bourse sous-acromio-coracoïdienne et sous-deltaïdienne avait complètement disparu et se trouvait remplacée par des brides fibreuses extrêmement denses, unissant la tête humérale à la voûte acromio-coracoïdienne et à la face profonde du deltoïde. Il est à noter que ces brides fibreuses peuvent englober des branches nerveuses ou même des troncs du plexus brachial, donnant lieu à de la névrite et par suite à des symptômes douloureux et même trophiques.

On note aussi de l'atrophie des muscles périarticulaires: deltoïde, pectoral, sus et sous-épineux.

(1) VOY. RIEDINGER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band LIV, avec figures démonstratives.

(2) DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 10 mai 1872, p. 513, et *Clinique in Sem. méd.*, 1896. — CARPANELLI, thèse de Paris, 1898. — RAMBAUD, thèse de Paris, 1900.

Étiologie. — Elle survient le plus souvent après un trauma, une entorse, une luxation, compression, immobilité prolongée. Elle est parfois spontanée, on la dit alors « rhumatismale ».

Pathogénie. — Pendant longtemps, on a cru à une luxation de la longue portion du biceps. Jarjavay nia celle-ci et pensa à la bursite. Pour Duplay et plus récemment pour Colley (1), c'est une bursite compliquée de contracture, d'atrophie de tous les muscles périarticulaires, d'où résulte une ankylose périphérique.

Dans les cas où le traumatisme est évident, nous admettrions volontiers, pour quelques cas, une contracture périarticulaire avec bursite scléreuse consécutive. Il est fréquent, en effet, de voir, chez des sujets prédisposés, des contractures périarticulaires post-traumatiques, soit au pourtour du coude, contracture du biceps et du brachial antérieur; peu à peu, la contracture disparaît. Peut-être qu'à l'épaule la contracture est plus persistante, d'où rétraction et ankylose périphérique.

L'atrophie observée serait due à l'immobilité (Duplay), elle est due à la propagation de l'inflammation des parties fibreuses de l'articulation aux muscles (Lassègue et Sabourin) (2). Pour Vulpian, cette atrophie est de nature réflexe. Suivant Desplats (3), la périarthrite est une névrite du nerf circonflexe et l'atrophie musculaire est due à la névrite des nerfs périarticulaires et s'étendant jusqu'au plexus brachial, ou bien le plexus a été lui-même primitivement atteint dans le traumatisme. Tillaux admet aussi, pour quelques cas, cette névrite du circonflexe. Celle-ci, d'ailleurs, peut compliquer la périarthrite à forme sèche ou plastique.

Disons enfin que certains arrachements tubérositaires pourraient, suivant Tuffier (4) déterminer les symptômes de la périarthrite.

Symptômes. — A l'inspection, nous constatons un peu d'abaissement de l'épaule droite et surtout un léger aplatissement de la région deltoïdienne, sans autre déformation apparente. Le malade ne se plaint pas de douleurs spontanées, comme il en a eu dans les premiers jours, mais il accuse des douleurs à la pression et dans les mouvements. Ceux-ci sont limités, non seulement par la douleur, mais aussi par une raideur véritable que le malade a bien constatée de lui-même, dix à quinze jours après l'accident.

Avec Duplay, nous étudierons successivement: 1° les phénomènes douloureux; 2° les troubles fonctionnels; 3° les déformations.

1° Les douleurs, à peu près nulles spontanément, ne sont provoquées que par les mouvements ou la pression exercée en certains points.

(1) COLLEY, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Band LIII.

(2) SABOURIN, Atrophie musculaire rhumatismale, thèse de Paris, 1873.

(3) DESPLATS, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 14 juin 1878; *Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 mars 1891.

(4) TUFFIER, *Presse méd.*, janvier 1900.

On détermine de la douleur tout d'abord au niveau du point qui a été contus, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au dessous de l'acromion, au point où le nerf circonflexe se distribue à la peau, puis au niveau des attaches humérales du deltoïde ou du biceps, quelquefois dans la région du pli du coude, dans le sillon pectoro-delloïdien. Pour Desplats, les douleurs remontent parfois jusqu'au plexus cervical où une pression superficielle les réveille. Les phénomènes douloureux sont d'ailleurs liés intimement aux troubles fonctionnels, et se produisent au moment où les mouvements sont interrompus, comme nous allons le voir.

2° Pour bien étudier les *mouvements spontanés* ou *actifs* de l'articulation scapulo-humérale, il faut se placer de préférence derrière le malade et l'examiner ainsi de dos en comparant le côté sain et le côté malade. Si l'on dit au patient de faire, du côté sain, le mouvement d'abduction ou d'élévation du bras en dehors, l'omoplate reste absolument immobile jusqu'à ce que le bras ait atteint l'horizontale, faisant alors un angle droit avec l'axe vertical de l'omoplate, mais celle-ci commence à se déplacer et l'on voit la saillie de son angle inférieur se porter en dehors vers l'aisselle, dès que le bras, continuant son mouvement d'abduction, a dépassé l'horizontale (Duplay).

Du côté malade, il suffit, au contraire, que le bras se soit écarté du tronc jusqu'à former à peine un angle de 45° avec l'axe vertical de l'omoplate, pour que celle-ci soit entraînée et participe au mouvement, lequel ne peut d'ailleurs acquérir l'amplitude du côté sain; le malade, en effet, atteint difficilement sa tête avec la main, et aide à ce mouvement en inclinant la tête et la partie supérieure du corps, et le mouvement complémentaire se passe dans l'articulation sterno-claviculaire.

Tous les autres mouvements de l'articulation sont gênés dans la même mesure, le mouvement de flexion en arrière étant un peu plus gêné que le mouvement en avant, la rotation et la circumduction étant également très limitées. L'omoplate contribue toujours pour une certaine part à tous ces mouvements, mais dans aucun d'eux on ne peut étudier mieux que dans l'abduction la façon dont elle est entraînée par le bras.

Ce que l'on peut déjà constater par la simple inspection, à l'aide des mouvements spontanés, on l'apprécie bien mieux en étudiant les mouvements *provoqués* ou *passifs*. Là encore, c'est le mouvement d'abduction qui permet le mieux de se rendre compte de la nature et du degré de l'obstacle.

Du côté sain, pliant le coude d'une main et fixant l'omoplate de l'autre main en saisissant son angle inférieur, on peut élever le bras jusqu'à l'angle droit, sans que l'omoplate soit entraînée, et c'est seulement quand on dépasse l'angle droit, que l'on sent l'angle de l'omoplate échapper, cet os suivant à partir de ce moment l'humérus dans son mouvement (Duplay).

Si on fait la même manœuvre du côté malade, on peut écartier lentement le bras du tronc jusqu'à 45° environ sans que l'omoplate bouge, mais au delà, l'omoplate est entraînée et, si on essaie de la retenir, le malade accuse aussitôt une vive douleur au niveau du moignon de l'épaule. Il en sera de même pour les autres mouvements.

Retenons bien cette constatation si importante, capitale pour le diagnostic, que *dans une certaine limite, toujours la même*, l'articulation semble posséder sa mobilité normale, sans gêne, sans douleur, mais que, au delà de cette limite, il existe un obstacle matériel provoquant de la douleur dès qu'on cherche à le vaincre. A la contraction succède la rétraction et l'atrophie musculaire; le deltoïde « se plaque » sur la tête humérale.

En présence de cette raideur de l'épaule, se manifestant dans les mouvements passifs, il n'y a pas lieu d'incriminer des lésions musculaires, comme l'atrophie du deltoïde; la première idée doit être qu'il s'agit d'une affection articulaire. Mais, en tout cas, ce ne peut être une affection articulaire en voie d'évolution, car il n'existe aucune déformation, aucun gonflement, aucune douleur spontanée: il ne s'agit pas d'une arthrite aiguë, ni même d'une arthrite chronique. Ce serait donc une ankylose incomplète ayant succédé à une arthrite de cause traumatique, actuellement guérie et ayant laissé à sa suite des brides, des adhérences limitant les mouvements normaux de la jointure. C'était là, jadis, le diagnostic qu'on portait constamment, en pareil cas, avant la connaissance de la périarthrite scapulo-humérale.

3° La *déformation* de l'épaule est le plus souvent évidente. Elle est aplatie du fait de l'atrophie du deltoïde, plaqué sur la tête humérale. Les fosses sus et sous-épineuses sont déprimées, les pectoraux aplatis, etc.

Enfin, dans le mouvement d'élévation, on note une *crépitation sous-acromiale* presque caractéristique.

Diagnostic. — Il est à faire avec l'*arthrite*. Or, fréquentes dans l'arthrite, avec localisation au niveau de l'articulation et parfois avec irradiations jusqu'au coude, les douleurs spontanées sont rares dans la périarthrite ou présentent les caractères de la douleur névritique.

Les douleurs *provoquées par la pression* sont localisées dans l'arthrite aux points accessibles de la jointure, c'est-à-dire dans l'aisselle, et, en avant, dans l'interstice situé entre le deltoïde et le grand pectoral. Ces points sont tout à fait indolents dans la périarthrite, mais en revanche, dans celle-ci, on peut provoquer de la douleur à la pression immédiatement au-dessous de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, ainsi qu'au niveau des insertions humérales du deltoïde.

De même il existe des différences essentielles, entre l'arthrite et la périarthrite, au point de vue des douleurs provoquées par les mouvements. Dans l'arthrite, tous les mouvements, quels qu'ils soient, sont

douloureux. Dans la périarthrite, certains mouvements, ou mieux, tous les mouvements peuvent se faire sans la moindre douleur, jusqu'à une certaine limite qui reste constamment la même, la douleur ne commençant à se manifester qu'au delà de cette limite.

Enfin, les troubles fonctionnels sont également très différents dans l'arthrite et dans la périarthrite. Dans la raideur articulaire que donne l'arthrite, tout mouvement de l'humérus entraîne plus ou moins l'omoplate, et si le bras, légèrement écarté du tronc, est porté dans l'adduction, l'omoplate se déplace en dedans, de même qu'elle se déplace en dehors lorsque l'humérus est porté dans ce sens. Dans la périarthrite, au contraire, tous les mouvements se font d'une façon absolument normale, sans participation de l'omoplate, tant qu'on ne dépasse pas une certaine limite qui, pour l'abduction, est ordinairement marquée par l'écart de l'humérus à 45°. Ce phénomène s'explique par la laxité des adhérences, permettant, en l'absence de toute lésion de l'articulation, un certain jeu des surfaces articulaires, et l'omoplate n'étant entraînée que lorsque la limite d'extension des adhérences est atteinte. On s'explique également comment c'est toujours dans le mouvement d'éloignement de l'humérus que se produit l'entraînement de l'omoplate, celle-ci restant immobile dans le mouvement de rapprochement du bras, c'est-à-dire dans l'adduction, parce que, dans ce mouvement, les brides fibreuses ne se tendent pas (Duplay).

Pronostic. — Il est grave, si on méconnaît le diagnostic et si on abandonne la maladie à elle-même; les adhérences n'ont, en effet, aucune tendance à disparaître spontanément, mais, au contraire, elles ne font, avec le temps, que devenir plus serrées et plus résistantes, et finissent par déterminer une raideur, une ankylose aussi grave que si elle était produite par des lésions intra-articulaires.

Il n'en est pas de même si le diagnostic est fait de bonne heure et si l'on institue alors un traitement convenable, car, dans ces conditions, le pronostic est relativement bénin.

Il importe, en outre, de faire remarquer que l'erreur consistant à prendre une périarthrite pour une arthrite est doublement fâcheuse, car, non seulement on négligera d'employer les moyens propres à guérir la périarthrite, mais encore, en prescrivant le traitement classique de l'arthrite, c'est-à-dire en immobilisant l'articulation, on favorisera l'organisation des adhérences et des brides fibreuses et on rendra le traitement ultérieur plus difficile et moins efficace.

Traitement. — Duplay conseille le repos, l'immobilisation et les résolutifs locaux pendant la période aiguë douloureuse, mais dès que les phénomènes d'acuité sont passés il faut rapidement recourir au massage, aux mouvements provoqués, à la gymnastique, aux douches, à l'électrisation. A la période chronique, il faut, sous chloroforme, rompre les adhérences en une ou plusieurs séances.

III. — Bursites sous-deltaïdiennes.

Ce sont des hygromas, des suppurations, parfois à pneumocoques (Vidal) ou à bacille de Koch, véritable abcès froid, comme nous l'avons observé, etc. Nous ne pouvons qu'indiquer ces différentes affections (1).

IV. — Luxations paralytiques de l'articulation de l'épaule.

Elle s'observe à la suite de paralysie infantile portant sur les muscles suspenseurs et rotateurs de l'épaule. La tête humérale se place au-dessous de la glénoïde, le membre se met en rotation interne, il est ballant.

Nous reviendrons sur cette difformité dans un chapitre d'ensemble sur les difformités des membres à la suite de paralysie infantile massive (p. 1150).

V. — Déformations articulaires et ankylose acquise de l'épaule.

Les causes de cette ankylose sont ou traumatiques (fractures articulaires ou paraarticulaires, arthrites suppurées) ou consécutives aux arthrites rhumatismales, génitales, tuberculeuses, à des décollements épiphysaires, à des ostéomyélites, etc. Nous ne parlerons pas ici de la pseudo-ankylose consécutive aux luxations non réduites. Mais il est des raideurs articulaires consécutives à des rétractions musculaires, qui donnent lieu à une impotence fonctionnelle complète.

Les *lésions anatomiques* de l'ankylose sont variables; tantôt c'est la fusion osseuse complète; rarement ce sont des jetées osseuses périphériques. L'ankylose fibreuse et très serrée est fréquente. Les *symptômes* se conçoivent aisément.

La gêne fonctionnelle est parfois assez limitée, grâce aux mouvements complémentaires de l'omoplate, l'abduction et l'élévation seules sont limitées.

Les muscles périarticulaires sont rapidement atrophiés. La soudure osseuse est très rapide, le membre ankylosé est le plus souvent collé contre le thorax; il peut être cependant dévié en abduction.

Le *diagnostic* est à faire avec la périarthrite, les rétractions, les contractures musculaires. Dans les cas douteux, la radiographie préciserait le diagnostic. Les *méthodes de traitement* sont nombreuses.

Le but de l'intervention c'est, soit le redressement pur et simple de l'ankylose, soit le retour de la mobilité articulaire. Comme pour la plupart des ankyloses, le *redressement lent* ou *Brusque* peut rétablir la fonction.

(1) Voy. BESNARD, thèse de Bordeaux, 1887, et RICHARD, thèse de Paris, 1898.

L'ostéoclasie est peu indiquée, même pour les ankyloses en mauvaise position. On casse l'os au niveau du col chirurgical et non au niveau de la soudure articulaire. C'est une méthode employée pour les ankyloses consécutives à une luxation compliquée de fracture.

La simple *ostéotomie* peut-être sous-trochantérienne; elle serait linéaire ou cunéiforme à base interne, si le membre est en abduction. Elle ne ferait que corriger la mauvaise position du membre. Praticquée au niveau de la soudure osseuse, il faudrait faire suivre immédiatement des mouvements pour rétablir la mobilité articulaire.

La *résection articulaire* est encore la meilleure méthode thérapeutique chez l'adulte. On creusera en même temps légèrement la glénoïde. Une légère traction écartera les surfaces articulaires.

Chez l'enfant, il faut ménager le cartilage diaépiphysaire car il est très fertile pour l'accroissement de l'os en longueur (Ollier).

Après certaines fractures de la tête humérale, il survient une ankylose ou une fausse ankylose; tantôt c'est la tête humérale hypertrophiée qui, dès l'élévation, bute contre la voûte acromiale. Tantôt il y a une ossification de la capsule fibro-synoviale (cas peu fréquent), tantôt ce sont des déformations de la tête qui gênent les mouvements. Dans tous ces cas, il faudra enlever ces productions osseuses acromiales, tantôt il faudra réséquer franchement la tête humérale (1), comme nous l'avons fait dans un cas.

Certaines arthrites sèches et proliférantes de l'épaule seraient aussi justiciables d'une résection articulaire modelante.

VI. — Symphyses thoraco-brachiales (2).

Congénitales, elles sont très rares. Acquises, elles sont consécutives à des brûlures étendues. Verneuil, Defontaine, Piéchaud, Nové-Josserand, Treves, Chalot en ont rapporté des observations intéressantes au point de vue thérapeutique.

Tantôt c'est une bride assez courte; une excision de la bride et une petite autoplastie par glissement ou par pédiculisation (méthode indienne) corrigent facilement la difformité: le lambeau étant petit, le sphacèle n'est pas à craindre.

Tantôt le bras est complètement soudé au thorax jusqu'au-dessus de l'articulation du coude, l'autoplastie est dès lors plus complexe.

VII. — Bursite séreuse crépitante sous-scapulaire.

Cette lésion fut décrite par Boinet (1867), Demarquay (1868),

(1) Voy. *Soc. de chirurgie de Paris*, décembre 1900. Discussion.

(2) DEFONTAINE, *Arch. prov. de chir.*, t. I. — PIÉCHAUD, *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 86. — NOVÉ-JOSSERAND, *Soc. de chir. de Lyon*, 1898. — CHALOT, *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, 4^e édit., 1900.

Galvagni, Ercole (1873), Terrillon, Gruber, Smith, Chauvel; Zucchi, en 1885, Favier (1894), en font une étude assez complète (1).

Le craquement sous-scapulaire se produit dans les mouvements de l'épaule, et est dû au frottement de l'omoplate sur les côtes chez les personnes amaigries et chez les malades atteints d'ankylose de l'épaule. Le contact de deux surfaces osseuses, se déplaçant l'une sur l'autre, peut amener le développement d'une bourse séreuse concomitante. Cette bourse séreuse présente une pathologie spéciale.

Terrillon, dans son mémoire des *Archives générales de médecine* (1874), signale les inflammations, les abcès, les hygromas, les kystes à grains riziformes, etc., de cette bourse séreuse. Quant à l'exostose costale admise par Smith pour expliquer la crépitation, elle est douteuse et il s'agit là d'une lésion que nous étudierons plus loin, avec la luxation dite congénitale de l'omoplate en haut (2).

V. — DIFFORMITÉS ORTHOPÉDIQUES DE LA HANCHE ET DU FÉMUR (3).

Nous étudierons successivement: 1^o la *luxation paralytique de la hanche*; 2^o les *malformations acquises du col fémoral et surtout la coxa vara et la coxa valga*; 3^o les *périarthrites coxo-fémorales*; 4^o l'*ankylose de la hanche*; 5^o les *courbures anormales de la diaphyse fémorale*.

I. — Luxations paralytiques de la hanche.

Elles sont très rares. La paralysie infantile frappe de préférence, au membre inférieur, les muscles superficiels, tandis que les muscles profonds restent relativement indemnes. C'est le quadriceps fémoral qui est pris le plus souvent; parfois aussi les adducteurs. Le tenseur du fascia lata et le psoas iliaque le sont plus rarement, de même que les fessiers. Les muscles paralysés présentent les traces des dégénérescences caractéristiques.

Roser admet trois variétés de luxations paralytiques: 1^o la luxa-

(1) TERRILLON, *Arch. gén. de méd.*, 1874, et *Bull. gén. de thérap.*, 1878. — GAUJOT, *Bursite séreuse crépitante sous-scapulaire (Soc. de chir.)*, 1875. — LE DENTU, *ibid.*, 1876. — BASSOMPIERRE, thèse de Paris, 1875. ZUCCHI, *Archivio di Ortopedia*, 1885, p. 110. — FAVIER, *Gaz. des hôp.*, 1894.

(2) Quant aux *tumeurs de l'omoplate*, elles exigent des résections partielles ou totales de l'os. Pour l'étude de celles-ci, nous sommes forcés de nous contenter de renvoyer à l'article de Costa (*Archivio di Ortopedia*, 1893, n^o 2) et de MM. Picqué et Dartigues (*Revue de chir.*, 1900) sur la scapulectomie. L'élévation de l'omoplate sera étudiée plus loin, avec les maladies congénitales, quoique cette difformité puisse être acquise, après une myopathie atrophique progressive (V. Eiselberg).

(3) VERNEUIL, *Soc. anat.*, 1866, et *Revue d'orthopédie*, 1890. — DALLY, *Journ. de thérap.*, 1878. — RECLUS, *Gaz. heb.*, 31 août 1877. — LUCKE, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 9 nov. 1885. — KAREWSKI, *Arch. für klin. Chir.*: Band XXXVII, 1889. — REHN, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 28 sept. 1891. — KIRMISSON, *Revue d'orthopédie*, 1895.