

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<sup>e</sup> 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<sup>o</sup> la *luxation paralytique de la hanche*; 2<sup>o</sup> les *malformations acquises du col fémoral et surtout la coxa vara et la coxa valga*; 3<sup>o</sup> les *périarthrites coxo-fémorales*; 4<sup>o</sup> l'*ankylose de la hanche*; 5<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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.

tion due à une paralysie infantile et portant soit sur les pelvi-trochantériens, soit sur les adducteurs; 2° la luxation de l'ataxie locomotrice; 3° la luxation au cours de la cyphose avec compression de la moelle.

Le type de la luxation paralytique de la hanche c'est la luxation pubienne, en dedans et en bas, consécutive à la paralysie des adducteurs. Celle-ci détermine, en effet, une flexion, avec abduction par suite de la contracture et de la rétraction secondaire du tenseur du fascia lata, du psoas iliaque et des pelvi-trochantériens.

Karewski a rapporté six cas réels de luxation paralytique. Une seule fois la luxation était iliaque. Dans ce dernier cas les fessiers et les pelvi-trochantériens sont paralysés; les adducteurs se rétractent et fixent le membre dans l'adduction.

La luxation paralytique est précédée de fièvre, frisson, etc., — puis la paralysie apparaît et siège soit sur tout le membre, pour se localiser ensuite au pelvi-trochantérien ou aux adducteurs, ou bien elle se localise tout d'abord sur ces muscles. Quand tous les muscles restent paralysés, il ne se produit pas évidemment de luxation et la hanche est « ballante ».

Le diagnostic sera facile avec la luxation congénitale. Dans celle-ci, les muscles ne sont pas paralysés. Parfois la hanche présente un relâchement capsulaire exagéré simulant une luxation; ici encore les muscles sont intacts [Kirmisson (1), Wolff, etc.]. Le traitement par des appareils orthopédiques ne donne guère d'amélioration.

Karewski (2), dans un cas, fit la réduction sanglante; la cavité cotyloïde trop petite dut être agrandie. Dans un autre cas, une simple ténotomie des muscles rétractés permit la réduction. Deschamps fit la résection et Albert (3) l'arthrodèse (4).

(1) KIRMISSON, *Revue d'orthopédie*, 1895, p. 24.

(2) KAREWSKI, *Centralbl. für Chir.*, 1892, n° 36.

(3) ALBERT, cité in *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 476.

(4) a. **Luxation volontaire de la hanche.** — On n'observe ici que la luxation iliaque. C'est Portal qui, le premier, en donna une bonne description. Depuis, les observations se sont multipliées, mais en nombre assez limité, et à propos d'une observation personnelle, Giordano en a rapporté récemment vingt-cinq observations.

La pathogénie est assez discutée. Portal invoquait la possibilité d'une ampliation exagérée du cotyle à la naissance, et il en rapporte une observation et une autopsie chez un enfant de quatre ans.

Le traumatisme peut jouer un rôle, témoin le cas de Maurice Perrin. Après une première luxation traumatique réduite, le sujet se luxait facilement la hanche.

Une inflammation articulaire peut jouer le rôle de cause prédisposante.

Portal, Astley Cooper enfin invoquèrent une quatrième théorie, c'est l'allongement continu de la capsule.

L'anatomie pathologique nous révèle des lésions très variables suivant les cas. Tantôt la cavité cotyloïde est très large, tantôt on note simplement un allongement de la capsule et du ligament rond.

Tantôt la luxation est active et survient après un effort musculaire parfois très faible. Tantôt la luxation est passive comme dans le cas de Jacquier, concernant un enfant chez lequel la luxation se produisait en soulevant le malade par les bras. Le plus souvent c'est dans un mouvement d'adduction forcée que la luxation se

## II. — Malformations acquises du col fémoral (1).

Au point de vue historique, les déviations du col fémoral ont été décrites depuis longtemps par Gulliver (1836), Roser, Zeis, Richardson, Rodet, A. Nélaton, Albert, Lannelongue, Humphry (1889), Charpy, à propos de l'anatomie pathologique de la tuberculose osseuse du rachitisme, de l'ostéomyélite, de la luxation congénitale, de l'arthrite sèche, des fractures, de la lordose, du pied bot, du genu valgum (Jaboulay), etc. En 1892, Charpy a publié une étude intéressante sur le col du fémur. Après avoir rappelé les recherches de Chassaignac, Rodet, Kuhff, Humphry, Mickulicz, il donne une des-

produit. Le membre est raccourci, mais la rotation interne n'est pas fréquente et le sujet peut marcher tant bien que mal.

La réduction spontanée par contracture musculaire ou par de légères tractions est possible.

Le diagnostic est facile, cependant dans le cas de simple subluxation on sera embarrassé, car la fracture du sourcil cotyloïdien avec déplacement donnerait lieu aux mêmes symptômes. J'ai eu l'occasion d'observer un malade qui présentait une de ces deux lésions, mais très probablement la subluxation spontanée, survenant après un trauma. Alors la radiographie n'existait pas et le diagnostic resta en suspens. Signalons enfin quelques cas de hanche dite « à ressort »; ici la tête fémorale reste en place.

Le traitement varie suivant les cas. Les bandages ont été préconisés. Dans certains cas Giordano conseille, soit la myotomie des adducteurs, soit le déplacement en bas des insertions trochantériennes du moyen et du petit fessier, soit la capsulorrhaphie, soit le creusement du cotyle quand le bord est trop bas, et enfin une sorte d'arthrodèse (*Archivio di Ortopedia*, 1893, p. 110).

b. L'arthrite déformante de la hanche donne lieu à des déviations en flexion avec rotation interne le plus souvent. Zezas n'hésita pas à corriger l'attitude par une résection (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1888).

(1) A l'état normal chez le nouveau-né, il n'y a presque pas de col fémoral, et l'extrémité supérieure du fémur ressemble à celle de l'humérus. Pendant les quatre à cinq premières années, cette brièveté est encore remarquable. Non seulement le col est très court, mais encore il est très gros et il présente un diamètre vertical très peu inférieur à celui de la tête. Vers l'âge de cinq ans, le col s'accroît très sensiblement, probablement du fait de la marche qui devient plus active; c'est le cartilage diaépiphysaire qui le forme en grande partie. L'angle d'inclinaison du col fémoral, c'est-à-dire l'angle que forme son axe avec celui de la diaphyse, est de 128° en moyenne chez l'enfant. Dans un cas exceptionnel de Lauenstein, cet angle était de 155°; il est vrai que l'enfant ne s'était jamais servi du membre inférieur correspondant. L'angle de déclinaison (fig. 271) est de 20° en moyenne chez l'enfant; on sait que celui-ci a été décrit par Girin dans sa thèse (Paris, 1877), puis par Jaboulay et par nous. Il est représenté par deux plans verticaux: l'un transversal, mené par l'axe de la diaphyse, l'autre transversal également et passant par le grand axe du col fémoral. Ces deux axes forment entre eux un angle dièdre ouvert en dedans et en avant. Au fur et à mesure de la croissance, les deux angles se modifient un peu. L'angle d'inclinaison descend à 125° et l'angle de déclinaison diminue jusqu'à 12°. Avec la croissance, le col et la tête tournent donc un peu en arrière, et ils s'abaissent un peu (Humphry-Lane). Cruveilhier pensait que chez le vieillard le col s'infléchit en bas, il se raccourcit et il s'atrophie de telle manière que la tête dépasse à peine en haut le niveau du grand trochanter contre lequel elle est presque immédiatement appliquée. Ce n'est pas l'avis de Charpy. Quoi qu'il en soit, on peut dire que les différentes variations de marche, avec inversion ou éversion du membre inférieur, celle-ci si fréquente chez les femmes, tiennent pour beaucoup peut-être à l'orientation du cotyle et de la tête fémorale. Chez la femme l'angle de déclinaison nous a paru un peu plus grand que chez l'homme.