

Certaines contractions volontaires déterminent une ascension de l'omoplate (Heinecke) (1).

La contracture du rhomboïde ou de l'angulaire se reconnaît facilement (Nové-Josserand) (2).

Traitement. — S'il y a une exostose, il faut l'enlever comme le firent Kölliker et Kœnig, et le déplacement disparaît, comme nous l'avons observé dans un cas avec M. Lannelongue. Dans les autres cas, il faut faire un traitement orthopédique.

Par un appareil, on cherchera à attirer l'omoplate en arrière et en dedans, à l'aide de cordons élastiques.

La fixation de l'omoplate, « omoplatopexie », par une suture osseuse, par enchevillement au niveau de son axe, ne paraît avoir encore été essayée souvent. Eiselsberg, dans un cas de luxation acquise par myopathie atrophique progressive, fixa le bord interne de l'omoplate à la 6^e et 7^e côte avec des fils d'argent (3), mais il fallut plus tard enlever les fils. Eiselsberg essaya de suturer l'omoplate luxée à l'omoplate en place, comme il l'avait déjà fait pour un cas semblable.

Cette omoplato-omoplatopexie serait à essayer de nouveau.

Hoffa désinséra les muscles qui s'attachent à l'angle supérieur et interne de l'omoplate, et il réséqua l'angle de celle-ci; il fit ensuite porter un corset orthopédique pour fixer l'omoplate.

Kölliker conseille dans les cas graves la résection de la coracoïde (4).

Verneuil (1885) fit la myotomie sous-cutanée de l'angulaire de l'omoplate et même d'une languette du trapèze et du rhomboïde. Il eut une légère amélioration (5).

IV. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE.

Nous étudierons surtout la luxation congénitale. — L'ankylose et la coxa vara (6) sont assez exceptionnelles.

(1) HEINECKE, *Centralbl. für Chir.*, janv. 1896.

(2) NOVÉ-JOSSERAND, Élévation de l'omoplate par contracture du rhomboïde (*Soc. de chir. de Lyon*, 10 mai 1900), et *Revue des maladies de l'enfance*, 1900, p. 113.

(3) EISELSBERG, *Arch. für klin. Chir.*, Band LVII.

(4) In article de MONNIER, *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 108.

(5) La symphyse thoraco-brachiale par une bride cutanée est très rare (Kredel, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 4 nov. 1889). On sait que c'est la main qui apparaît isolément, tout d'abord, sur les côtés du thorax, et peu à peu l'avant-bras, puis le bras se détachent. Il se peut que l'isolement cutané soit incomplet.

(6) **Coxa vara congénitale.** — Kredel, Kirmisson, Albert Mouchet, Alsberg en ont rapporté des observations; Kredel a rapporté les deux faits suivants: Chez un enfant de trois ans, il y avait, depuis la naissance: un genu valgum bilatéral et un double pied bot; les deux rotules étaient dirigées complètement en dehors; la courbure de la diaphyse était normale. Des deux côtés les deux grands trochanters étaient de 3 à 4 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Les deux membres étaient en adduction et rotation externe. Les deux genoux s'entre-croisaient. La flexion des genoux n'était possible que jusqu'à l'angle droit. Chez un enfant de cinq ans, le membre inférieur droit était de 1 centimètre et demi plus court que le gauche; il était en adduction et en rotation externe, le pied en varus équin; le grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. La flexion de la hanche était normale; celle du genou ne dépassait pas l'angle droit. La hanche gauche était

L'absence congénitale de tout le fémur est également très rare (1).

Luxations de la hanche.

Cette malformation devient de plus en plus intéressante, car dans ces dernières années le traitement a été très perfectionné.

Historique. — 1^o *Période anatomo-clinique.* — Hippocrate et ses admirateurs, puis Ambroise Paré, Guy de Chauliac surent la distinguer des lésions acquises de la hanche. Palletta, le premier, puis Gottlob, Schreger donnent de bonnes observations anatomo-pathologiques. Dupuytren et Von Ammon reprennent la description clinique et discutent la pathogénie.

2^o *Dans une deuxième phase, phase thérapeutique,* on s'adresse à toutes les méthodes chirurgicales employées pour réduire une luxation ancienne: le traitement orthopédique sanglant et non sanglant, palliatifs, ou curatifs, sont tour à tour recommandés au fur à mesure qu'ils sont perfectionnés. Les nombreuses interventions pratiquées permettent de plus de mieux préciser la pathogénie de cette malformation articulaire congénitale qui est la plus fréquente (2).

normale, le genou presque complètement ankylosé, le genu valgum était très marqué; il n'y avait pas de rotule. L'attitude de l'enfant était particulière: ses deux membres étaient déviés à gauche; le gauche en abduction, le droit en adduction et rotation externe.

Kredel, pour expliquer ces malformations articulaires multiples, invoque la pression intra-utérine (*Centralbl. für Chir.*, 17 oct. 1896).

Dans une observation de Kirmisson (*Revue d'orthopédie*, juillet 1897, et in thèse de Carpentier, Paris, 1897), les deux fémurs étaient en rotation externe forcée, les grands trochanters très en arrière. Cette situation de la tête fémorale était maintenue par la capsule qui paraissait trop courte en arrière. Il était impossible de ramener la tête dans l'attitude normale. La flexion était limitée. La section de la partie postérieure de la capsule permit seule la réduction. La tête fémorale était en antéverson. Chez un deuxième enfant, le membre inférieur est en rotation externe, les trochanters étaient à leur niveau normal, la tête fémorale très volumineuse. La rotation interne était empêchée par une crête de la tête fémorale et par la tension de la partie postérieure de la capsule.

Mouchet et Audion ont rapporté deux observations probantes (*Gaz. hebdomadaire*, 1899).

Dans un cas de Alsberg (*Zeitschr. für orthop. Chir.*, 1897) il y avait une luxation congénitale d'un côté et une coxa vara congénitale de l'autre.

Dans la luxation congénitale de la hanche, le membre, soit avant la réduction soit après, peut se mettre en adduction et rotation externe, avec raccourcissement — c'est une véritable coxa vara; — aussi plusieurs opérateurs ne firent le diagnostic de coxa vara congénitale qu'au cours d'une intervention sanglante pour réduire une prétendue luxation congénitale (Zehnder, *Centralbl. für Chir.*, 1897, n^o 9).

(1) WILLIAMS, *Med. Times*, 1884, et LOTHEISEN, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1899, en ont rapporté des exemples.

(2) Voici un aperçu bibliographique des dix dernières années: PACI, *Archivio di Ortopedia*, 1890 et suivantes. — HOFFA, *Centralbl. für Chir.*, 1891; *Revue d'orthopédie*, 1891; *Arch. für klin. Chir.*, 1895; *Traité d'orthopédie*, 1894, et 2^e édition, 1897. — Discussion à la *Soc. de chir. de Paris*, 1893: KIRMISSON, DENUCE, QUÉNU, etc. — H. SAINTON, thèse de Paris, 1893. — LANNELONGUE, *Congrès de pédiatrie de Bordeaux*, 1895; thèse DUPRÉ, Paris, 1891, et *Acad. des sc.*, 1896, etc. — KIRMISSON, *Revue d'orthopédie*, 1894 et suivantes. — LORENZ, Réduction non sanglante (*Centralbl. für Chir.*, 1895, n^o 7). — BROCA, *Revue d'orthopédie*, mars 1895. — Discussion à la *Soc. de Chir.*: KIRMISSON, FÉLIZET, QUÉNU, BROCA, avril 1869. — GUERLAIN, thèse de Paris, 1896. — DELANGLADE, thèse de Paris, juin 1896. —

Étiologie. — Sur 90 cas de L. C., Kroenlein compte 5 luxations humérales, 2 de la tête radiale, 1 du genou et 82 du fémur. Celle-ci est vingt-trois fois moins fréquente que le pied bot (Kroenlein).

L'hérédité de l'affection n'est pas douteuse. Déjà A. Paré avait signalé ce fait; depuis, beaucoup d'auteurs l'ont remarqué aussi (Dupuytren), et avec le professeur Lannelongue nous avons observé une luxation postérieure chez la mère et une luxation antérieure chez l'enfant. Zwinger a cité un cas curieux concernant une femme atteinte de luxation traumatique invétérée et dont plus tard trois enfants sur six naquirent avec une luxation congénitale de la hanche.

La consanguinité joue un rôle; je connais un cas de mariage entre l'oncle et la nièce: le deuxième enfant, une fille, présenta une L. C. du fémur, et l'aînée un kyste dermoïde ovarien. Non seulement il y a des familles à L. C., mais cette lésion est plus fréquente dans certains pays que dans d'autres (Forgue) (1).

Pour la plupart des chirurgiens, mais pas pour tous, la luxation unilatérale est deux fois plus fréquente que la bilatérale. L'unilatérale gauche est plus fréquente que la droite, d'après Lorenz; c'est le contraire pour Bradford et Lowett. Les deux tiers des luxations sont des luxations en haut et en arrière. Dans un tiers des cas elles sont soit directes en haut, c'est-à-dire sus-cotyloïdiennes, soit en haut et en avant, soit pubiennes. Enfin les luxations bilatérales sont divergentes dans un cinquième des cas, c'est-à-dire postérieures d'un côté et antérieures de l'autre. Ces chiffres sont un peu approximatifs.

LORENZ, Réduction sanglante, etc., Wien, 1895; traduction par Cottet (Paris, 1897), et Ueber die Heilung der angeborenen Hüftgelenks Verrenkung durch unblutige Einrenkung und funktionelle Beileitung, Wien, 1900. — BRUN et DUCROQUET, *Presse méd.*, juillet 1900; XIII^e Congrès intern. de médecine, Paris, août 1900, rapports de HOFFA. LORENZ et discussion, etc. — LAUVINERIE, Résultats du traitement non sanglant, thèse de Paris, 1900. — BADE, *Centralbl. für Chir.*, 15 juillet 1900.

(1) Pourquoi cette malformation est-elle plus fréquente chez les filles que chez les garçons? On a pensé qu'à la fin de la grossesse, le fœtus mâle défléchit ses cuisses pour laisser descendre le testicule, tandis que chez les filles, la flexion et l'adduction exagérées favoriseraient la luxation. Chez les filles, l'os iliaque a pendant la vie fœtale une direction presque verticale, ce qui pour Schroeder et Fehling favoriserait la luxation.

Pravaz (*Lyon médical*, juillet 1888) fait remarquer que chez la femme, malgré le développement plus grand du bassin pris dans son ensemble, les cavités cotyloïdes offrent moins d'ampleur que chez l'homme, la profondeur du cotyle chez la première variant de 20 à 25 millimètres tandis que chez le second elle est comprise entre 25 et 35.

Pour Haller, von Ammon, Meckel, Pravaz, les arrêts de développement sont plus fréquents chez les filles; celles-ci sont plus soumises aux lois de l'hérédité pathologique sans aucun doute. Pour Roser, chez le fœtus mâle les cuisses ne sont pas en adduction permanente pour éviter la compression du testicule, c'est cette adduction qui favorise la luxation, d'où la fréquence de celle-ci chez les filles. Mais cette compression testiculaire est douteuse et la luxation existe avant la descente du testicule dans les bourses. En somme nous n'en savons rien; il faut se rappeler aussi que le nombre des filles est plus grand que celui des garçons. Enfin, pour quelques auteurs peu galants, la production du sexe féminin ne serait autre chose qu'un arrêt de développement du fœtus, c'est-à-dire un acheminement vers la malformation!

Lorenz constate que sur 274 cas colligés par Drachmann, Pravaz, Kroenlein, 87,6 p. 100 s'observent chez des garçons. Dans 60 p. 100 des cas, la luxation était unilatérale, aussi fréquemment à droite qu'à gauche. En ajoutant ses cas personnels et ceux de Hoffa et Kirmisson, Lorenz trouve un total de 671 cas, dont 82 chez des garçons, 589 chez des filles; la luxation unilatérale serait presque deux fois plus fréquente que la bilatérale.

Anatomie pathologique. — Comme pour le pied bot, il faut étudier les lésions à deux phases successives: A, à la naissance avant la marche; B, quand le malade a déjà marché, car la marche modifie les lésions.

A. **Lésions avant la marche.** — 1^o *Subluxation.* — Le cas de Parise (1) en est un exemple. Jules Guérin (2) a décrit également une subluxation en arrière et en haut, la tête ne dépassait pas le niveau cotyloïdien. Chez le nouveau-né la luxation est rarement complète. Cette subluxation serait inféro-postérieure pour Caillard, sus-cotyloïdienne pour Kölliker; elle était iliaque dans le cas de Sebileau (3). Avec Lannelongue, il faut admettre que ces subluxations peuvent se faire en tous sens, et quelquefois en des sens différents, quand il s'agit de luxations bilatérales. La subluxation la plus fréquente, c'est la postéro-supérieure. Lange (4) admet trois degrés ou étages: 1^o luxation supra-cotyloïdienne; 2^o luxation supra-cotyloïdienne et iliaque; 3^o luxation iliaque.

2^o *Luxation complète.* — La cavité cotyloïde est rarement bien conformée. Sa place est bien marquée, mais la cavité est plus ou moins circulaire, et peu profonde; parfois, l'os est plan et recouvert de tissu fibreux. Fait très important, les rebords du cotyle sont souvent absents, soit sur tout le pourtour (Lockwood) (5), soit partiellement, en arrière, alors, dans les subluxations. Le cartilage en Y est toujours conservé. Pour Gravitz, il s'ossifierait mal; son ossification se faisait normalement dans les cas de Lannelongue et Achard.

Parfois le cotyle est non seulement plan, mais irrégulièrement saillant (Palletta, Cruveilhier). Pour Lorenz, cette saillie, étant donné son siège, représente un débris du bourrelet cotyloïdien postérieur. Dans tous les cas, il nous paraît exagéré de désigner ces saillies irrégulières sous le nom d'exostoses: ce sont plutôt des végétations osseuses (6).

(1) La tête se trouvait sur le rebord cotyloïdien postérieur aplati, et la nouvelle cavité articulaire surmontait l'ancienne à la façon d'un croissant. Le cotyle primitif était du reste trop petit pour contenir la tête fémorale; celle-ci était normale, sauf un aplatissement inféro-interne. Cette portion aplatie présentait une gouttière logeant le ligament rond allongé, et mesurant 22 millimètres, etc. (Parise).

(2) Cité par Alphonse ROBERT, thèse de concours, Malformations articulaires congénitales, 1844, p. 105. Voy. Jules GUÉRIN, Études de tératologie, 1880.

(3) SEBILEAU, *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1883.

(4) LANGE, *Münchener med. Wochenschr.*, 1898.

(5) LOCKWOOD, *Soc. de méd. de Londres*, in *Lancet*, 25 avril 1887.

(6) Contrairement à l'opinion de Volkmann, une néarthrose peut se produire pen-

Pour Sainton, le bassin au niveau du cotyle est d'une minceur extrême. Pour Lorenz, au contraire, l'épaisseur du bassin est remarquable. Ce n'est qu'avec

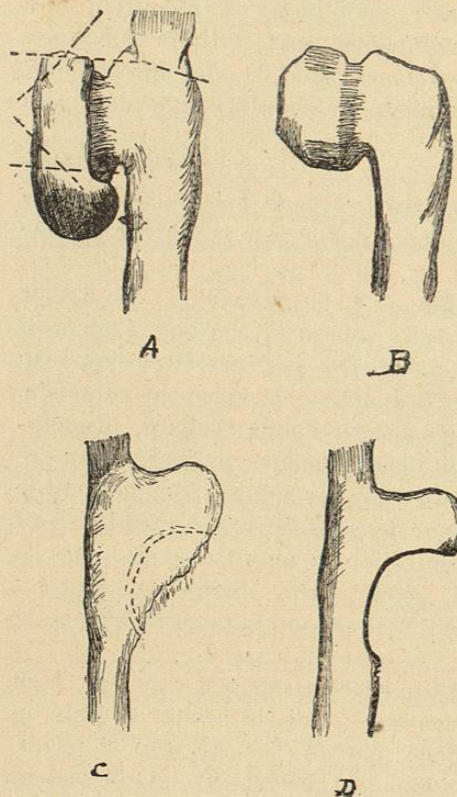


Fig. 321. — A, tête fémorale aplatie en tampon de wagon (Lorenz); B, tête fémorale irrégulière (Lorenz); C, tête en massue avec tracé de l'échancrure osseuse lui donnant la forme de D pour l'emboîtement cotyloïdien (Lorenz).

l'âge quelle diminue, par suite de l'ossification progressive des cartilages épiphysaires.

L'os iliaque, dans son ensemble, est plus grêle que celui du côté opposé.

Extrémité supérieure du fémur. — La tête fémorale manquait des deux côtés dans le cas de Wernher; ces cas sont rares.

Le plus souvent, l'extrémité supérieure du fémur est atrophiée dans son ensemble. La tête est petite, en pain de sucre parfois, mais souvent déformée (fig. 321).

Parfois, au contraire, elle est volumineuse et paraît bien trop grosse pour être contenue dans le cotyle [cas de Barth (1), etc.].

Le col fémoral est souvent réduit à un simple sillon. Son raccourcissement est presque la règle, et l'extrémité supérieure du fémur

ressemble à celle de l'humérus. L'angle d'inclinaison du col sur le fémur est tantôt plus ouvert, tantôt normal, tantôt à angle droit (2).

dant la vie intra-utérine. Ainsi, pour l'épaule, Mayer a décrit une fausse cavité axillaire déjà assez bien formée en avant de la cavité glénoïdienne, dont le rebord avait subi une absorption fort avancée. De même, à la hanche, Palletta a trouvé chez un enfant de vingt-six jours l'ancienne cavité cotyloïde complètement remplie de graisse et tout à côté une capsule solide; il ne s'était pas encore formé une dépression osseuse au niveau du point où la tête reposait. Mais Lieutaud a signalé une cavité cotyloïde biloculaire, remontant à une époque précoce de la vie fœtale. Enfin, dans un cas très curieux de Tillmanns, la L. C. était à gauche, mais l'articulation saine, celle du côté droit, était un peu plus en avant et en dedans qu'à l'état normal. Bade a attiré l'attention sur ces lésions articulaires du côté opposé.

(1) BARTH, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXXI, p. 670.

(2) Le col est parfois en légère antéverson (cas personnel). Dans un cas de Sandifort et un de Palletta rapporté par Van Ammon, le col naissait de la face anté-

rieure du fémur. Bennett, puis Schede, Hoffa, Lorenz, au cours de leurs tentatives de réduction, ont cité des faits semblables. Lorenz pense que l'on a pris souvent pour de l'antéverson le simple aplatissement postérieur de la tête. Plus récemment ces lésions du col fémoral ont été bien décrites par Nicols et Bradford (*The American Journ. of the med. Sciences*, 1900) et par Hinsberg (*Deutsches Arch. für Orthopédie*, 1898).

La diaphyse fémorale paraît souvent un peu moins longue que du côté sain. Dans un cas du musée Dupuytren elle présente une torsion à 180° et la face postérieure des condyles fémoraux regarde en avant.

La capsule s'insère d'une façon irrégulière au pourtour de la pseudo-cavité; elle se continue souvent avec le tissu fibreux qui recouvre celle-ci. Elle est élargie dans le sens de la luxation.

Le ligament rond pourrait manquer à la naissance (cas de Palletta, Portal, etc.). Le fait est douteux pour Lorenz; suivant lui, il existe toujours, peut-être déplacé, il est vrai. Sa longueur est souvent augmentée.

La synoviale est saine. Dans le cas où des végétations tuberculeuses

siégeaient à sa surface interne, il s'agissait de coxo-tuberculose congénitale subluxée et non de luxation proprement dite.

État des muscles. — Dans un cas de Houel (1), les fessiers étaient remplacés par du tissu graisseux. En général les muscles sont plus grêles que du côté opposé. Ils ne présentent aucun signe de dégénérescence. « C'est une atrophie vraie par défaut de formation et non par dégénérescence; atrophie de même ordre que celle du cotyle et de l'os iliaque » (Lannelongue). Cette atrophie porte sur les muscles de la cuisse, de la jambe et du pied.

Artères. — Elles sont plus petites que celles du côté sain (J. Guérin, Pravaz, Delanglade) (2).

B. Lésions anatomiques après la marche. — *Examen du membre luxé.* — Il est plus court que celui du côté sain; ce raccourcissement est dû: 1° à la luxation, 2° à une légère diminution de longueur de tous les éléments constitutifs du squelette du membre inférieur; c'est surtout l'os iliaque et le fémur qui sont plus courts. Le volume de tout le membre est aussi moindre que celui du côté sain, la fesse est aplatie. L'attitude varie suivant la variété de luxation. Dans la luxation postérieure, l'attitude de la cuisse est en flexion et adduction. Les mouvements sont limités dans un sens qui varie avec la variété de luxation.

Os iliaque. — La cavité cotyloïde est tout entière en avant de la ligne Nélaton-Roser qui, à l'état normal, passe par son centre. Au lieu

de réduction, ont cité des faits semblables. Lorenz pense que l'on a pris souvent pour de l'antéverson le simple aplatissement postérieur de la tête. Plus récemment ces lésions du col fémoral ont été bien décrites par Nicols et Bradford (*The American Journ. of the med. Sciences*, 1900) et par Hinsberg (*Deutsches Arch. für Orthopédie*, 1898).

(1) HOUEL, *Soc. de chir.*, 1873.

(2) Enfin, d'autres malformations ostéo-articulaires concomitantes sont fréquentes: pied bot, spina-bifida, luxation du radius, du genou, genu recurvatum, etc. Il faut aussi signaler des altérations viscérales, et surtout des lésions nerveuses: myélocèles, encéphalocèles, hydrocéphalies, etc. Les cas de Kocher (*Correspondenzblatt für Schweiz. Aertze*, 1^{er} juillet 1889) et de Julius Wolff (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 11 mai 1891) étaient curieux par la multiplicité des lésions articulaires, il y avait une L. C. des deux hanches, une subluxation volontaire des genoux, des coudes, etc.

de regarder en dehors, en bas en avant, elle regarde presque directement en bas et en avant. La face externe de l'os iliaque, suivant Delanglade, se décompose nettement en deux plans se coupant à angle droit, l'un franchement antérieur, l'autre externe. La réduction opératoire n'est donc possible, en général, que dans la rotation interne du membre, comme Parise l'avait fait remarquer (1).

Le plus souvent c'est une petite loge contenant à peine la pulpe d'un doigt. Elle a la forme d'un triangle presque isocèle dont la base est dirigée vers le trou ovale; le sommet regarde en haut, en arrière et en dehors. Pour Lorenz et d'autres auteurs, au contraire, le sommet est dirigé vers le trou ovale. Le rebord antérieur du cotyle persiste souvent; le rebord postérieur s'aplatit du fait de la pression pendant les premiers efforts de la marche et de la station.

Le cartilage articulaire est très épais; il recouvre tout le cotyle malformé; il se continue profondément avec le cartilage en Y. Au niveau du cotyle l'os iliaque est assez épais pour permettre l'évidement d'une nouvelle cavité (Lorenz). L'aile iliaque est rejetée en dedans et l'ischion en dehors. Dans un cas de Bowlby le segment iliaque de la cavité cotyloïde manquait.

Extrémité supérieure du fémur. — Avec l'âge l'extrémité supérieure du fémur s'atrophie. Dans un cas observé chez un vieillard de Gurlt, la tête fémorale était très ramollie. Ce fait est assez exceptionnel. L'atrophie est ou primitive, c'est-à-dire existait déjà à la naissance, ou bien elle est consécutive. La tête est irrégulière; ses vaisseaux nourriciers qui lui viennent du ligament rond (Sappey) sont comprimés, atrophiés; cette mauvaise nutrition et l'exagération de fonction de la tête déplacée, expliquent la fréquence de l'atrophie.

La tête en luxation postérieure va se fixer le plus souvent en un point situé sur la face externe de l'os iliaque, entre le rebord postéro-supérieur du cotyle et le point le plus profond de la grande échancrure sciatique. Quand l'angle de déclinaison est normal, la tête est dirigée en avant suivant un angle de 30°. Dans le cas de luxation elle se met en contact avec le cotyle, surtout par sa face postérieure, ce qui produit l'aplatissement du segment postérieur ou postéro-interne de la tête fémorale. La tête peut devenir tout à fait informe, elle peut s'écraser en chapiteau et présenter la forme d'un champignon, ou de

(1) Dans un cas de Cruveilhier, observé chez une jeune fille de dix-huit ans, la cotyloïde avait la forme d'un triangle isocèle dont la base regardait en haut et le sommet arrondi directement en bas. Cette cavité renfermait de la graisse et était assez grande pour pouvoir contenir les deux tiers de la tête fémorale. Dupuytren, Moreau et Lorenz ont rapporté des faits semblables. D'après ce dernier auteur, pendant les vingt premières années de la vie, l'absence complète de la cotyloïde est aussi rare que sa conservation parfaite. Dans un cas opéré par Heusner, le cotyle était absolument normal. Quand le cotyle est altéré, les lésions ressemblent à celles produites expérimentalement par Gaulejac au cours d'atrophies musculaires expérimentales (*Gazette des hôpitaux*, 31 janv. 1901).

bourrelet avec une véritable gorge de séparation (Sandifort, Dupuytren, Gurlt), en tampon de wagon (Lorenz) (fig. 321).

Le cartilage articulaire de la tête fémorale est irrégulièrement disposé en général.

Avec la marche le col s'affaisse, il fait un angle droit avec le corps du fémur; le sommet du grand trochanter dépasse le pôle supérieur de la tête fémorale. Dans une observation de Monnier (*Soc. anat.*, 1882), le col était en antéverson très marquée, il était dans le plan antéro-postérieur de la diaphyse. L'angle d'inflexion était de 90°.

Capsule articulaire. — Elle s'allonge en forme de cylindre ou de sablier avec un isthme (Pravaz, Bouvier). Celui-ci sépare l'ancienne de la nouvelle articulation, mais la capsule reste interposée entre la tête fémorale et l'os iliaque. Le faisceau antérieur de la capsule passe au-dessus de l'excavation libre du cotyle comme une toile tendue. La cavité cotyloïde, ou ce qui en reste, ne contient plus que des débris de ligament rond et de la graisse. La capsule peut adhérer au fond du cotyle. Pour Lorenz, l'isthme de la capsule est déterminé tantôt par la tension de la capsule par la tête qui se subluxe toujours progressivement en haut et en arrière; tantôt, c'est la pression du psoas-iliaque qui provoque ce rétrécissement (Lorenz). — Notons en passant que si la capsule reste cylindrique, fait rare, la réduction sera plus facile.

La capsule est souvent épaissie, cela tient à son fonctionnement exagéré. Dans quelques cas elle était fibro-cartilagineuse et même osseuse par places. Parfois, elle se fusionne avec le petit fessier qui devient aussi fibreux.

Rarement la capsule se déchire; la tête vient se mettre en contact direct avec le périoste, d'où irritation de celui-ci et formation de tissu osseux, limitant la progression de la tête. On peut trouver deux cavités capsulaires en communication. Il se forme des luxations par étapes successives; celles-ci étaient au nombre de trois dans le cas de Palletta. Dupuytren avait noté que l'irritation périostique pouvait être telle que des productions osseuses déterminent l'ankylose de la nouvelle articulation. En somme, la néarthrose est souvent imparfaite.

Le ligament rond finit par disparaître avec les efforts de la marche. Il commence par s'allonger. Pour Lorenz, qui se base sur 100 observations opératoires, dans les trois premières années l'absence du ligament rond est aussi fréquente que sa présence. Mais à partir de quatre ans, son absence devient la règle. La disparition du ligament paraît plus précoce dans la luxation bilatérale (1).

(1) Dans certains cas, il persiste, il s'hypertrophie même. « C'est alors une large bande fibreuse qui part de la portion antéro-interne de l'arrière-cavité du cotyle rudimentaire, passe comme un pont sur le rebord postéro-supérieur et gagne le bord supérieur de la fovea capitis en longeant la portion aplatie de la tête pour aller s'insérer au pôle interne de celle-ci (Lorenz). »

Cette hypertrophie serait de cause fonctionnelle, le ligament rond devient liga-