

traitement non sanglant est préférable au traitement opératoire, car ce dernier n'est pas exempt de dangers, et il en résulte assez souvent des ankyloses et des contractures demandant un traitement post-opératoire pénible et de longue durée.

« De plus la lésion du cartilage en Y formant le fond de la cavité cotyloïde peut être suivie plus tard d'un rétrécissement du bassin à cause d'un arrêt du développement des os (?).

« Quant au traitement mécanique par les appareils, la durée en est pour ainsi dire sans fin, et en général il n'y a point de résultats bien satisfaisants. Par une autre méthode non sanglante (la réduction lente dans des gouttières à extension), on ne peut réussir que chez des enfants tout petits; mais la durée en est également trop longue et séjour dans une gouttière ne peut que nuire à la santé générale.

« Or, la méthode non sanglante, aboutissant à la réduction de la tête fémorale d'emblée sous chloroforme, évite tous ces inconvénients. En deçà des limites d'âge (c'est-à-dire l'enfant atteint d'une L. C. unilatérale doit avoir au plus neuf à dix ans et celui atteint d'une L. C. bilatérale sept à huit ans au plus), cette méthode n'entraîne aucun danger. La réduction d'emblée sous chloroforme se fait par le rebord supérieur de la cavité cotyloïde au moyen de l'extension horizontale et par le rebord postérieur de l'acétabulum au moyen de l'extension verticale; c'est le dernier procédé qui est préférable, parce que le développement plus marqué du rebord cotyloïdien postérieur fait constater plus exactement la réussite de la réduction. En pratiquant la réduction d'emblée par le rebord postérieur de la cavité cotyloïde, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux appareils mécaniques; la réduction se fait de la manière suivante :

« On commence par le *déchirement sous-cutané des muscles adducteurs au moyen du pétrissage des muscles fortement tendus par une abduction forcée*. Puis on exerce sur le fémur fléchi à angle droit une extension verticale et une abduction jusqu'à peu près 90 degrés combinée à une pression directe sur le grand trochanter pour mobiliser la tête fémorale. La réussite de la réduction est accompagnée de symptômes physiques et cliniques infaillibles et elle peut être vérifiée par la radiographie immédiatement. La réduction doit souvent être faite avec une vis à traction munie d'un manomètre permettant de tirer presque 60 à 70 kilogrammes (fig. 323) (1). »

(1) « Le principe du traitement post-opératoire est de soumettre le fond de la cavité cotyloïde à la pression du poids du corps au moyen de la tête fémorale réintégrée, et c'est sous l'influence de cette fonction physiologique que la cavité cotyloïde s'élargit et s'approfondit surtout par un rehaussement de son rebord supérieur. Pour retenir la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, la méthode de réduction est suivie d'une méthode de contention et de compression (*Belastungs Methode*), le fémur est fixé dans une position d'abduction exagérée selon les circonstances jusqu'à 90 degrés, combinée à l'hyperextension et rotation en dedans légères (fig. 324). Ce n'est qu'au bout de quatre à cinq mois qu'on corrige cette position extrême du

Les obstacles à la réduction sont nombreux. Souvent ce sont les

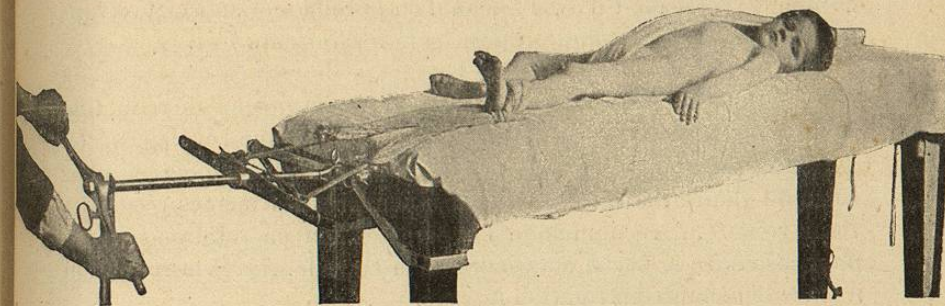


Fig. 323. — Appareil à vis de Lorenz pour la réduction de la luxation.

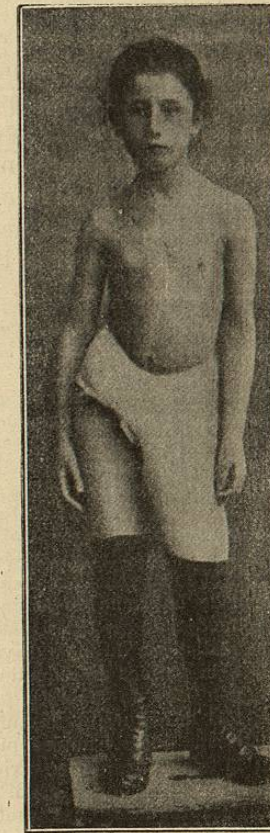
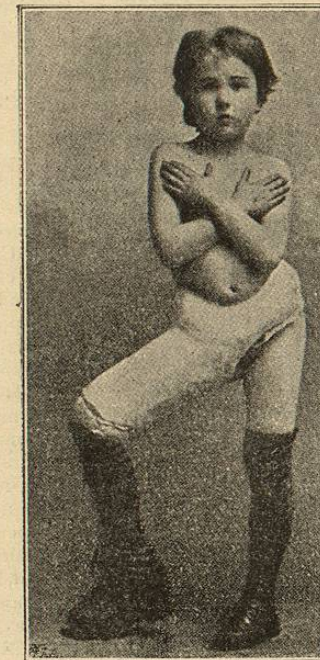


Fig. 324. — Premier appareil plâtré mis en légère abduction et flexion (A. Lorenz). Fig. 325. — Deuxième appareil plâtré mis en légère rotation externe (A. Lorenz).

fémur par une *position moyenne* (flexion et abduction légères) et qu'on fixe cette position moyenne durant quatre à cinq mois (fig. 325). Il faut que pendant cette fixation le malade se tienne en marche ou en station debout sur les jambes le plus longtemps possible. Le dernier appareil plâtré enlevé, on fait du massage et de la gymnastique des muscles pelvi-trochantériens (fessiers), les enfants restant libres

faisceaux antérieurs de la capsule [Bradford (1), Hoffa]. Aussi Senger (2) conseille-t-il avec raison d'en faire la section à ciel ouvert, ce que nous nous sommes proposé de faire plusieurs fois.

Pour Schede les tractions chez l'enfant ne doivent pas dépasser 60 à 70 kilogrammes. Narath a reproché à la méthode violente de réduction de produire des lésions favorisant l'apparition d'une hernie crurale.

Hoffa, qui a employé aussi cette méthode un peu modifiée chez soixante-quatre malades, a obtenu à peu près les mêmes résultats. Pour réduire, il recommande l'hyperextension en rotation externe pour distendre la partie antérieure de la capsule. Après la réduction il place le membre en rotation interne.

Petersen également recommande la rotation interne après réduction, car, comme le démontrent les radiographies, ce n'est que dans la rotation en dedans avec abduction modérée que la tête fémorale et le col peuvent se diriger directement vers le cotyle. Pour Heussner il n'y a de vraie réduction que dans 10 p. 100 des cas.

Lange (3), qui considère comme fréquente la luxation directe du haut dès le début, maintient aussi le membre réduit en rotation interne maxima et en utilisant la tension des ligaments de la capsule.

Ghillini (4) a fait remarquer, avec raison, qu'il faut tenir compte de l'angle de déclinaison et de l'angle d'inflexion de la tête fémorale. Si

ous des appareils quelconques. Il est beaucoup de cas dans lesquels la radiographie démontre une restitution presque anatomique de la cavité cotyloïde qui s'est élargie concentriquement sous l'influence du poids du corps. Chez quelques malades la cavité cotyloïde s'élargit excentriquement en haut par la formation d'un nouveau rebord supérieur osseux au-dessous duquel la tête fémorale reste appuyée. Chez d'autres malades, la tête réintégrée subit une reluxation antérieure en haut et la cavité cotyloïde reste inoccupée. Dans ces derniers cas le rebord antérieur de l'os ilion chevauche sur la tête reluxée du fémur, de sorte que le bassin a pris un point d'appui osseux. Les résultats anatomiques et les résultats fonctionnels sont excellents. La lordose lombaire disparaît. Enfin, dit Lorenz, *si la réduction est impossible il faut avoir recours à la méthode sanglante.* » Heussner, pour faciliter la réduction, tire et en suivant l'axe du membre et par un autre laes perpendiculairement au niveau de la racine de la cuisse (*Deutsche Zeitschr. f. Orth.*, 1898), comme pour la réduction de certaines luxations de l'épaule.

Dans sa statistique du mois d'avril 1899 et dans son livre récent, Lorenz a rapporté 360 observations de réduction non sanglante. Comme complications il note un cas de gangrène du membre par oblitération des vaisseaux fémoraux par la tête. Dix fois le fémur fut fracturé; la paralysie du sciatique poplité externe et celle du triceps ont été notées quelquefois. Vingt-deux fois la réduction fut impossible; 15 fois la luxation en arrière se reproduisit au moment du premier pansement, mais la réduction fut facile. Le déplacement progressif de la tête en avant et en haut est fréquent. Cent trente-cinq radiographies lui montrent 56 résultats incomplets ou douteux au point de vue anatomique, et 79 résultats anatomiques satisfaisants. — Voy. LORENZ, HOFFA, SCHEDE, MICKULICZ, PETERSEN, KUMMEL, NARATH, *Congrès des Chir. allemands*, avril 1899, in *Centralbl. für Chir.*, 8 juillet 1899. Voy. aussi la *Monographie* récente de Lorenz, p. 260 et suiv. pour les résultats anatomiques, esthétiques et fonctionnels.

(1) BRADFORD, *Ann. of Surgery*, août 1894.

(2) SENGER, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, p. 50.

(3) LANGE, *Munchener med. Wochenschr.*, 1898, et *Presse médicale*, 14 janvier 1899.

(4) GHILLINI, *Revue d'orthopédie*, mars 1898.

celle-ci est déplacée en haut, on doit porter le membre inférieur dans une abduction exagérée. Si elle est déplacée en bas, on doit le porter en adduction; si la tête est tournée en avant, la cuisse doit être mise en rotation interne; si la tête se trouve déviée en arrière, la cuisse doit être mise en rotation externe (1).

Kölliker (2), qui a essayé la méthode de Lorenz chez 38 enfants, a obtenu les résultats suivants: 2 guérisons, 25 transpositions, 11 insuccès. Ceux-ci s'observent surtout pour les luxations bilatérales. Dans le cas de transposition la tête se déplace souvent en haut et en avant, comme le montre la radiographie. Nové-Josserand (3) pense que la réduction cependant s'observe assez souvent, et que c'est le bourrelet cotyloïdien qui maintient la réduction.

Mencièrre (4) conseille de faire la traction en extension et abduction, le malade étant couché sur le ventre; dans ces conditions la tête glisserait plus facilement vers le rebord supérieur du cotyle; une légère rotation externe finale favorise la réduction. L'appareil immobilisateur en feutre est percé de trous pour permettre l'électrisation quotidienne des muscles.

MM. Brun et Ducroquet (5) pensent que le seul moyen vraiment efficace pour éviter tout déplacement des luxations convenablement réduites, c'est d'immobiliser le genou en même temps que la hanche et en rotation interne, et de proscrire la marche pendant toute la durée du traitement. Suivant eux, si on permet la marche, on notera une subluxation en avant, subluxation qui est très fréquente avec la méthode type de Lorenz. Si la luxation est bilatérale, ces deux auteurs ne conseillent pas la réduction simultanée. Enfin, pour éviter la reluxation, Ducroquet (6), pendant la consolidation du plâtre, met son poing derrière le grand trochanter: il se forme ainsi une fossette rétro-trochantérienne. Petersen, Lange, etc., insistent avec raison sur la *nécessité du contrôle radiographique avant et après la réduction*,

(1) La radiographie bien faite précisera les diverses malformations du col. Pour uger de la forme du col et de sa direction, l'ampoule devra être placée perpendiculairement au-dessus de la hanche à explorer, sans quoi l'ombre portée en s'effilant ne donnerait plus la forme exacte du col fémoral. De plus, tout le membre sera mis en rotation externe maxima et l'abduction à 45° au maximum. Une radiographie faite dans les mêmes conditions sera faite du côté sain. Ce que nous recommandons là est bien banal, et cependant ces conditions ont été bien négligées par quelques auteurs. Hofmeister a conseillé de mettre le sujet dans le décubitus ventral pour bien étudier radiographiquement la tête et le col fémoral. Frœlich propose de faire une radiographie oblique, la plaque étant placée sur la partie antérieure du bassin, l'ampoule en haut, en dehors et en arrière du bassin. Dans ces conditions, on peut reconnaître si la tête est bien réduite dans le cotyle (*Soc. de pédiatrie*, juin 1900).

(2) KÖLLIKER, *Centralbl. für Chir.*, 22 octobre 1898.

(3) NOVÉ-JOSSERAND, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1900.

(4) MENCIIÈRE, *Médecine moderne*, 1899.

(5) BRUN et DUCROQUET, *Presse médicale*, 25 juillet 1900, avec figures.

(6) DUCROQUET, *Gazette des hôp.*, avril 1892. — *Progrès médical*, 1900. — *Indépendance médicale*, 1901, p. 19.

avant et après l'application des appareils, et nous ajouterons même dans l'intervalle des applications des appareils. Redard recommande aussi la radiographie stéréoscopique.

MM. Broca et Albert Mouchet ont constaté que la réduction est rare après la méthode de Lorenz. Julius Wolff note la relaxation dans un tiers des cas, mais la fonction est améliorée.

Dans sa thèse, Lauvinerie confirme que la transposition antérieure est la règle, et la vraie réduction, l'exception; cette transposition peut être basse ou haute. Hagopoff (*Gaz. hebdomadaire*, 1901) conseille également le repos pendant le traitement, la marche favorisant la récédive; quant à la vraie réduction, elle est, dit-il, exceptionnelle (1).

Traitement opératoire sanglant. — Jules Guérin (1841) eut le premier l'idée de créer une néarthrose artificielle et chercha à mettre en contact direct la tête fémorale avec l'os iliaque. Il pratiquait l'extension préparatoire. Après avoir sectionné les pelvi-trochantériens, les adducteurs, il réduisait la luxation et conseillait de faire des scarifications profondes de la capsule pour mettre la tête en contact immédiat avec l'os iliaque. L'enfant portait ensuite un appareil, pour que le poids du corps ne déplaçât pas la tête fémorale.

Bouvier, Pravaz, Brodhurst, Barwell, etc., firent également des ténotomies sous-cutanées pour abaisser ensuite la tête par l'extension prolongée. Brodhurst fit même la ténotomie de tous les muscles aboutissant au grand trochanter.

Margary (1882) chercha à créer un cotyle artificiel, et à y placer la tête fémorale. Il creusa un cotyle un peu en dehors de sa situation normale, il fit une pseudo-capsule articulaire avec des lambeaux

(1) Personnellement, chez deux enfants de trois ans nous avons pu réduire sous chloroforme par le simple procédé de circumduction comme pour les luxations traumatiques suivant le procédé de Després, qui, en Italie, porte le nom de procédé de Fabbri, et cela sans la vis de Lorenz. Chez deux enfants plus âgés, nous avons dû nous servir de celle-ci et suivre toutes les règles posées par Lorenz. Quant à ce bruit de frottement et de claquement qui pour Lorenz indique infailliblement la réduction, il vaut mieux à notre avis le considérer comme un frottement de la tête qui passe sur l'os iliaque contre le dos d'âne qui forme la région rétro-cotyloïdienne; les faisceaux capsulaires très tendus et jouant le rôle de bande d'arrêt fibro-élastique expliquent pourquoi la tête se porte automatiquement en haut vers le cotyle; c'est là un mouvement de levier facile à comprendre avec point d'appui (insertion capsulaire fémorale et insertion tendineuse) placé entre la résistance (la tête fémorale) et la puissance (la diaphyse fémorale propulsée).

Chez deux enfants de dix ans nous n'avons pas pu faire la réduction, malgré de très fortes tractions avec la vis de Lorenz et malgré une extension continue préalable faite pendant quinze jours.

Enfin, chez un enfant atteint de luxation bilatérale, la première luxation réduite ou transposée se subluxa pendant le traitement de l'autre articulation. C'est pourquoi le traitement, dans ces cas de luxations bilatérales et postérieures, doit se faire en même temps, à notre avis (*XIII^e Congrès international de médecine*, août 1900).

Chez les enfants pour lesquels la transposition fut régulière, la claudication fut très améliorée, mais elle n'est pas disparue complètement. Ces malades devront encore être suivis jusqu'à la fin de la croissance. Et pour juger des changements survenus, il aurait fallu les cinématographier avant, au cours, et après le traitement, pendant la station debout, la marche et la course.

périostiques (ce que Hueter avait déjà proposé). Malheureusement son opéré mourut d'infection purulente. Il se contenta dès lors de pratiquer la résection de la hanche déjà faite par Roser (1874), Reyher et Heusner. Par l'extension consécutive on mettait la surface de section du col fémoral en contact avec le cotyle. La saillie du grand trochanter et la lordose étaient supprimées. Le but cherché était une néarthrose. Lampugnai se borna à réséquer la moitié inféro-interne de la tête fémorale, afin d'éviter le raccourcissement et pour conserver le cartilage de conjugaison. Ces résections corrigent la déformation causée par la saillie trochantérienne, mais elles n'améliorent pas la marche.

Poggi (*Archivio di Ortopedia*, 1890) le premier abaissa la tête et la fixa à la vraie place, c'est-à-dire dans le cotyle; son résultat fut très bon, mais il ne renouvela pas son opération.

En 1890, la résection fémorale avait déjà été faite vingt-sept fois (Ogston, Vincent, D. Mollière, etc.), avec des résultats médiocres, à cause du raccourcissement et de la lordose consécutive.

De Paoli et Israël, et plus récemment Gaudier proposèrent de clouer ou de suturer la tête fémorale à l'os iliaque. Albert avait aussi essayé l'enchevillement.

Hueter conseilla de réséquer la tête fémorale et de placer l'extrémité du fémur contre un lambeau ostéoplastique de l'os iliaque pour obtenir une ankylose solide.

Kœnig fit des lambeaux ostéoplastiques tout autour de la tête abaissée, ce qui produit une petite cavité, et si par-dessus la tête fémorale on suture périoste, capsule et muscles, il se formerait une barrière osseuse. Chez des enfants opérés suivant ce procédé par Karynski, Karewski et Gussenbauer il y eut une légère amélioration.

Jaboulay (1), pour mettre les deux articulations coxo-fémorales sur le même niveau transversal, a pratiqué la section de l'articulation sacro-iliaque et du pubis verticalement et transposa l'os du côté malade sur le même niveau que celui du côté sain, en le portant en avant et en dedans. Cette opinion rappelle celle de Trendelenburg pour l'exstrophie vésicale. Jaboulay, si la luxation est bilatérale, incise la symphyse en avant et les deux articulations sacro-iliaques en arrière.

Opération de Hoffa-Lorenz. — Ce fut Hoffa (2) qui, en 1889, *méthodisa la technique de la réduction sanglante de la tête fémorale dans l'ancien cotyle*; de cette façon les conditions de la statique et de la marche normale se trouvent rétablies. C'est ce qu'avaient négligé de faire ou n'avaient pas cru pouvoir faire tous les chirurgiens précédents, sauf Poggi.

Dans ses premières opérations, Hoffa faisait la section de tous les

(1) JABOULAY, *Soc. de chir. de Lyon*, 23 novembre 1899, et 4 janvier 1900.

(2) HOFFA, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 28 avril 1890, et *Congrès internat. de méd. de Berlin*, 1890.

muscles périarticulaires rétractés, il coupait jusqu'à dix-huit muscles. Lorenz montra en 1892 que les pelvi-trochantériens n'étaient pas raccourcis, mais au contraire allongés; de plus, après toutes ces ténotomies les muscles subissent un très grand raccourcissement. Dès lors Hoffa adopta l'incision antéro-latérale de Lorenz (1), et au dernier Congrès international de médecine, il appela l'opération ainsi modifiée : opération de Hoffa-Lorenz (2). — De plus il recommande de ne pas suturer la plaie, et de se contenter de tamponnement.

Les résultats personnels de Hoffa sont remarquables. En août 1900 (3), il avait pratiqué 248 fois son opération avec 8 décès réellement opératoires. Les 132 dernières opérations avaient été faites sans décès et sans larges ténotomies.

Les déviations antérieures du col fémoral, les antéversions nécessitent souvent une rotation interne exagérée pour obtenir la réduction de la tête fémorale. Parfois, pour réduire, le membre est mis en adduction et rotation externe comme dans la coxa vara. L'affaissement du col fémoral fait persister un raccourcissement, que compense l'inclinaison du rachis.

Sans être parfaits comme à l'état normal, les mouvements sont très étendus et permettent une bonne station et une bonne marche, vers le quatrième mois. L'abduction reste toujours un peu limitée. L'ankylose coxo-fémorale ne fut observé que six fois chez des sujets âgés de plus de huit ans. Quatre fois la tête avait un peu glissé. Une raideur en flexion-adduction s'observe parfois; une ostéotomie sous-trochantérienne modifie celle-ci.

Quand la luxation est bilatérale, le résultat n'est pas aussi bon. Après l'opération pour luxation unilatérale, la radiographie montre que la tête reste en place, que la cotyloïde se développe bien, ce que Lorenz mettait à tort en doute.

(1) LORENZ, *Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung*, 1895.

(2) L'opération de Hoffa-Lorenz comprend schématiquement les différents temps suivants : 1° incision longitudinale le long du bord antérieur du grand trochanter. On passe entre le fascia lata et le moyen adducteur; 2° la capsule mise à nu est incisée en T ou en croix; on sectionne le ligament rond s'il existe encore; 3° évidement du cotyle informe, soit avec des gouges courbées en baïonnette de Volkmann, soit avec l'évideur osseux de Doyen. Hoffa conserve avec soin le rebord cotyloïdien postérieur, il recommande de bien chercher le cotyle qui parfois est oblitéré par des débris capsulaires ou périostiques; 4° réduction de la tête fémorale. Quelquefois il faut un peu régulariser celle-ci quand elle est en pain de sucre. Pour réduire, il faut parfois faire une vigoureuse abduction avec rotation interne; l'anesthésie du sujet doit être profonde à ce moment. Pour voir si la tête est bien fixée, il faut qu'elle reste dans sa cavité même dans une forte abduction et rotation en dehors; 5° tamponnement de la plaie à la gaze, sans sutures; 6° appareil plâtré laissant une large ouverture au niveau de la plaie pour les pansements ultérieurs; le membre est maintenu en légère abduction et rotation interne. Le traitement consécutif est des plus importants, ce sont des massages énergiques fréquents, l'électrisation des muscles dès que la plaie est guérie, soit vers le dixième jour, exercices de gymnastique progressifs, etc.

(3) Rapports au XIII^e Congrès international de médecine, Paris, 1900.

Dans la luxation bilatérale chez des gens âgés de plus de sept ans, Hoffa abrase la tête fémorale et racle la surface iliaque pour enlever les débris capsulaires et aussi périostiques. On établit une sorte de « pseudarthrose » dont Hoffa se déclare satisfait, car l'amélioration est assez marquée.

Après l'âge de dix ans, Hoffa préfère pratiquer cette ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour parer à l'adduction et au raccourcissement.

Telle est la façon dont Hoffa comprend sa méthode qu'il ne préconise pas à outrance puisque, en août 1900, il conseille chez tous les malades d'essayer tout d'abord la réduction non sanglante.

L'opération de Hoffa (première méthode) a été faite par quelques chirurgiens, mais pas avec la faveur que son auteur aurait pu espérer. C'est que les accidents septicémiques ont été fréquents, et la patience des opérateurs pour exiger le traitement mécanique consécutif n'a pas été assez grande.

Modifications apportées par Lorenz à la réduction sanglante. — Lorenz (1894) abaisse d'abord la tête fémorale soit par des tractions manuelles, soit par des tractions avec une vis, en s'aidant au besoin de sections pratiquées sur la corde des adducteurs. Pour éviter les sections musculaires trop nombreuses que nécessite la voie postérieure suivie par Hoffa, Lorenz aborde la capsule par une incision antéro-latérale en passant entre le fascia lata et le moyen adducteur. Lorenz insiste également sur les résections qu'il faut faire au col fémoral pour lui donner une forme plus ou moins arrondie. Quant aux paralysies observées après l'opération, elles résultent de la distension des nerfs, distension facilitée par la ténotomie des muscles longs et parallèles à la diaphyse fémorale.

Pour Lorenz, l'absence de la tête fémorale, l'absence du col, l'antéversion exagérée de celui-ci sont des contre-indications à l'intervention sanglante. En dehors de ces conditions, disait Lorenz en 1895, l'opération donne, en général, de très bons résultats. Les luxations récidivantes post-opératoires sont rares, si on établit bien un bon rebord postérieur au cotyle.

Le raccourcissement post-opératoire, disait Lorenz, est dû à des causes multiples : l'arrêt de développement du membre malade, la brièveté ou l'horizontalité du col, l'arrêt de développement de l'extrémité supérieure du fémur. Celle-ci est telle que, même après réduction, le bord supérieur du grand trochanter se trouve au-dessus de la ligne de Nélaton. Si les soins consécutifs sont faits patiemment, l'ankylose est exceptionnelle. La flexion à angle droit s'obtient le plus souvent. La réduction supprime la lordose lombaire, la saillie du ventre et des fesses, la saillie du grand trochanter. Quand les muscles ont retrouvé leur tonicité, la claudication est presque nulle. Enfin, si la tête fémorale manque, Lorenz conseille de mettre le som-

met du fémur en regard du cotyle creusé, et de placer le membre en abduction. Plus tard on fait une ostéotomie sous-trochantérienne à base interne. Nous avons vu plus haut que Lorenz conseille maintenant de commencer par le traitement orthopédique non sanglant.

D'autres modifications ont encore été apportées à la méthode sanglante de Hoffa-Lorenz. Quand la tête fémorale est en antéversion très marquée, la réduction se trouve très difficile de même que la contention. Tschering (1) (de Copenhague) n'hésita pas dans un cas de ce genre à compléter l'opération de Lorenz par une ostéotomie sous-trochantérienne pour remettre la tête en contact avec le cotyle. Il fixa même la tête avec un clou. Lafourcade (2), Bradford (3) ont conseillé aussi cette ostéotomie, pour remédier à la déviation du col. A. Broca (4) aborde la capsule par l'incision de Langenbeck entre deux faisceaux du grand fessier après avoir relevé en un volet les muscles trochantériens avec ostéotomie temporaire du grand trochanter.

Traitement opératoire sanglant palliatif. — Nous avons déjà signalé les *ténotomies*, la *résection coxo-fémorale*, signalons encore l'*avivement articulaire* pour provoquer une ankylose solide (Rochet) (5), la *pseudarthrose ilio-fémorale de Hoffa après une ostéotomie oblique sous-trochantérienne*. On fait une ostéotomie au niveau de la ligne intertrochantérienne, on excise la partie postérieure de la capsule pour favoriser la pseudarthrose ilio-fémorale, c'est-à-dire le contact immédiat entre le fémur et l'os iliaque. Le membre est maintenu en extension et en abduction pendant trois mois. La lordose est corrigée et la marche est meilleure. C'est en somme une variété de résection (Voy. aussi Codivilla, *Archivio di Ortop.*, 1900, fig. 430).

L'*ostéotomie sous-trochantérienne transversale* a été très recommandée par Kirmisson (6), Makins (7) et Schwartz (8). Elle diminue l'ensellure et fait disparaître l'adduction, elle allonge un peu le membre, elle atténue la claudication. Nous avons fait l'ostéotomie oblique dans un cas chez un enfant de dix-sept ans. L'amélioration dans la démarche et la diminution de la fatigue pendant la marche furent des plus évidentes.

Chez les malades âgés, Lejars (9) a conseillé comme Lorenz une résection modelante consistant dans la résection de la tête; puis le col est arrondi, le cotyle est creusé tout comme ce qui a été fait pour

(1) Cité in *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1894, p. 281.

(2) LAFOURCADE, *Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux*, 1895.

(3) BRADFORD, *The American Journal of the med. Sc.*, août 1900.

(4) A. BROCA, *Congrès de Bordeaux*, 1895.

(5) ROCHET, *Lyon médical*, 1897.

(6) KIRMISSON, *Revue d'orthop.*, 1894, p. 137.

(7) MAKINS, *Société clinique de Londres*, février 1895.

(8) Voy. Thèse de Golaz, Paris, 1897.

(9) LEJARS, *Congrès de chirurgie*, 1892.

les luxations acquises traumatiques, anciennes et irréductibles.

Traitement des luxations antérieures publiennes ou sus-cotyloïdiennes. — Il est purement orthopédique. Pendant toute la croissance l'enfant marchera peu et sera le plus souvent couché ou assis. Un appareil à extension sera appliqué si la tête avait une tendance à se luxer dans la fosse iliaque, ce qui est fréquent.

V. — MALFORMATIONS ET LUXATIONS CONGÉNITALES DU GENOU (1).

Elles sont assez fréquentes et, depuis le nouvel essor de l'orthopédie, des cas publiés se multiplient. Les variétés en sont très nombreuses. Voici la classification schématique de Potel, dans son excellente thèse (Lille, 1897).

Malformations d'origine osseuse.....	Fémur.....	{	Absence du fémur.
			Absence des condyles.
			Bifurcation fémorale inférieure.
Tibia.....	{	Absence du tibia.	
		Bifurcation supérieure du tibia.	
Péroné.....	{	Absence du péroné.	
		Absence du péroné et du tibia.	
Malformations d'origine nerveuse et musculaire.	{	Genu recurvatum.	
		Absence des quadriceps.	
		Absence de rotule.	
		Bifurcation de la rotule.	
Malformations ligamenteuses.....	{	Contracture des fléchisseurs.	
		Luxation de la rotule en haut et en dedans, déplacement cunéen; en dehors (intermittente et permanente).	
		Genu valgum.	
		Genu varum.	
			Luxation du genou : luxation permanente en avant, en arrière, en dehors et en dedans.

Nous ne pouvons étudier ces différentes variétés dont quelques-unes d'ailleurs sont du ressort de l'anatomie tératologique et non encore de la chirurgie (2).

(1) MESNARD, *Revue d'orthopédie*, 1893. — SALAGHI, Absence congénitale de rotule (*Archivio di Ortopedia*, 1894). — LANNELONGUE, *Congrès de pédiatrie de Bordeaux*, 1895. — POTEL, Thèse Lille, 1897. — BAJARDI, Luxation congénitale de la rotule (*Archivio di Ortopedia*, 1894). — LE DENTU, *Acad. de méd.*, 1894. — BÉREAU, Thèse Paris, 1895. — GALLET, Luxation congénitale de la rotule, thèse Lyon, 1900. — FARGEAS, Absence de rotule, thèse Paris, 1900. — DREHMANN, *Deutsche Zeitschr. für ortop. Chir.*, 1900. Pour le développement du genou voy. BERNAY, *Morphologisches Jahrbuch*, 1878.

(2) A. *Genu recurvatum congénital*. — Ce n'est pas une luxation, c'est une hyperextension du genou étudiée par Kleeborg, Chatelain, Lannelongue, Guéniot, Périer, Hibon, Phocas, etc. Potel en a réuni quatre-vingts observations. Le genu antecurvatum s'observe chez des nouveau-nés ayant souvent d'autres malformations. Il est souvent bilatéral, symétrique. Bouvier, Jules Guérin ont publié des observations, insistant sur la rétraction musculaire concomitante. Mais celle-ci n'est pas constante et le membre peut être flasque comme une jambe de polichinelle. La compression du fœtus par l'utérus, les adhérences amniotiques ont pu jouer un rôle, de même que les conditions mécaniques de l'accouchement.

Cette difformité serait plus fréquente chez les filles que chez les garçons, elle serait plus fréquente à gauche. Pour Guéniot, il faut invoquer, au point de vue