

1^o *Luxations simples.* — Le premier symptôme dans la luxation unilatérale c'est le raccourcissement et la claudication. Le raccourcissement peut aller jusqu'à 6 ou 7 centimètres; les malades marchent alors sur la pointe du pied. L'examen de la hanche permet de reconnaître la tête du fémur plus ou moins près de la crête iliaque. Dans certains cas on peut, déjà par la vue, reconnaître la situation anormale occupée par la tête du fémur; mais la palpation fournit de meilleurs renseignements. Le malade étant couché sur le côté sain, une main

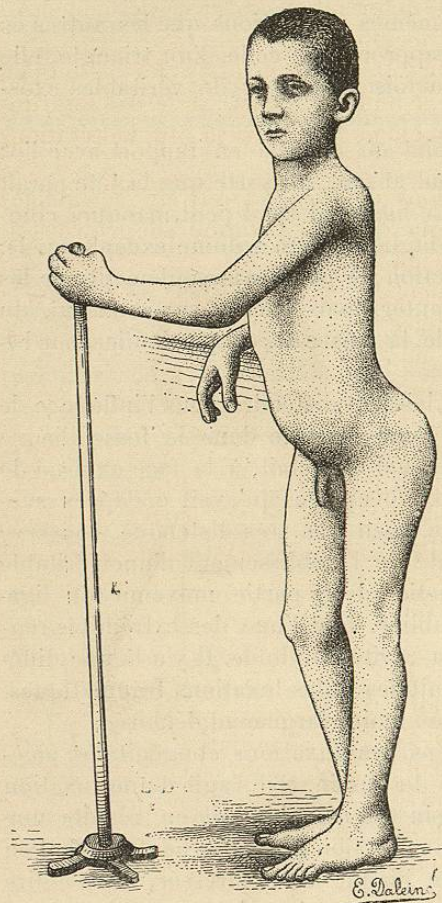


FIG. 134. — Luxation congénitale de la hanche unilatérale. (Hoffa.)

embrasse la région de la hanche, tandis que la main du côté opposé imprime à la cuisse des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. On sent alors la tête fémorale se déplacer dans la fosse iliaque externe, où elle décrit, d'avant en arrière, des mouvements d'arc de cercle autour de la cavité cotyloïde déshabillée. Si l'on place le membre dans la demi-flexion, et qu'on cherche à préciser la situation du grand trochanter par rapport à une ligne tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'ischion, on reconnaît qu'au lieu de répondre à cette ligne le grand trochanter est placé à une situation variable au-dessus d'elle; c'est à ce signe qu'on donne le nom de signe de Nélaton; en Allemagne, il est connu sous le nom de signe de Nélaton-Roser. L'attitude du membre est variable; tantôt il est presque rectiligne, tantôt il se présente dans une position de flexion combinée à l'adduction; parfois même la flexion atteint un degré considérable, au point d'apporter un obstacle sérieux à la marche et à la station. La mobilité de la hanche est également variable suivant les cas; il est des malades chez lesquels tous les mouvements s'exécutent facilement, chez d'autres l'extension et surtout l'ad-

duction sont plus ou moins limitées. Un signe donné par Dupuytren, et sur lequel on insiste beaucoup d'habitude, c'est la possibilité d'imprimer à volonté des mouvements d'ascension et de descente à la tête du fémur dans la fosse iliaque. Si, une main étant appliquée sur la hanche malade, on imprime avec l'autre main des tractions sur la cuisse, on sent la tête du fémur descendre et remonter alternativement dans la fosse iliaque. L'existence de ce signe est très réelle; il ne faudrait pas cependant s'en exagérer la fréquence. Chez beaucoup de malades, en effet, la tête du fémur ne subit que des excursions tout à fait insignifiantes dans le sens vertical, ou même elle reste complètement immobile.

Lorsque la flexion est très prononcée, le bassin s'incline fortement en avant;

il en résulte une lordose lombaire considérable. Parfois on constate en même temps une dépression à la région inguinale, dénotant l'absence de la tête fémorale dans son siège normal. Le raccourcissement marqué du membre entraîne la production d'une scoliose lombaire dont la convexité est tournée du côté de la luxation. Il s'agit d'abord d'une simple scoliose d'attitude, qui disparaît lorsqu'on rétablit l'équilibre du bassin en plaçant sous le membre malade un support d'une hauteur convenable. Mais, chez quelques sujets, cette scoliose lombaire d'attitude devient le point de départ de déformations osseuses permanentes, avec scoliose de compensation à la région dorsale et gibbosité des côtes.

Les muscles du bassin et de la cuisse du côté de la luxation, les fessiers en particulier, sont le siège d'une atrophie manifeste. Mais, si le volume des muscles est diminué, il n'existe pas, comme nous l'avons déjà dit, d'altérations histologiques de leurs fibres.

2^o *Luxations doubles.* — Dans les luxations doubles, on retrouve les mêmes symptômes du côté du grand trochanter que dans la luxation simple, c'est-à-dire qu'au lieu de se trouver sur la ligne de Nélaton le grand trochanter est notablement au-dessus de cette ligne. La position des deux hanches n'est pas toujours parfaitement symétrique, parfois l'ascension du grand trochanter est plus marquée sur l'un des côtés du bassin. En général, on constate une dépression manifeste des régions inguinales; il existe en outre une obliquité considérable des fémurs de haut en bas, et de dehors en dedans; en d'autres termes, l'adduction des cuisses est parfois si marquée que les genoux arrivent à s'entre-croiser pendant la marche.

Mais ce qui caractérise surtout la double luxation congénitale de la hanche, c'est l'attitude du malade dans la station et pendant la marche. Il existe une lordose lombaire excessivement prononcée; le torse est bien développé, il a sa hauteur normale; les membres inférieurs, au contraire, paraissent remarquablement courts. A chaque pas que fait le malade, il semble que le tronc s'enfonce entre les deux têtes des fémurs. Le malade ne progresse qu'en rejetant alternativement le poids du corps sur l'une et l'autre hanche; il en résulte des oscillations considérables du bassin dans le sens transversal, et un dandinement qui fait comparer la démarche des malades atteints de double luxation congénitale de la hanche à celle des canards.

Dans l'immense majorité des cas, rien de particulier n'attire l'attention du côté de la hanche au moment de la naissance. C'est seulement quand les enfants commencent à marcher (et en général ils marchent fort tard), que la difformité est reconnue. Elle s'accroît avec les progrès de l'âge; et vu l'arrêt de développement du membre malade, dans la luxation simple, la claudication devient de plus en plus considérable.

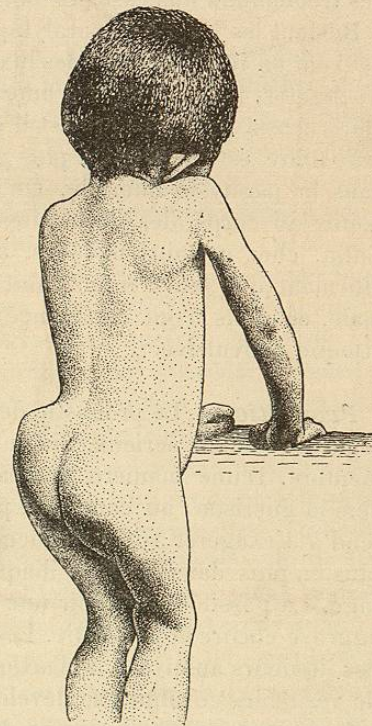


FIG. 135. — Double luxation congénitale de la hanche. (Hoffa.)

Diagnostic. — En général, le diagnostic de la luxation congénitale de la hanche ne donne pas naissance à de très grandes difficultés. La coxalgie, même lorsqu'elle est bilatérale, s'en distingue en ce qu'elle s'accompagne le plus souvent de suppuration et donne naissance à une ankylose de la hanche, au lieu de se traduire par une mobilité exagérée de la tête du fémur, comme la luxation congénitale.

Outre les commémoratifs, la luxation traumatique se différencie en général de la luxation congénitale, en ce qu'elle aboutit le plus souvent à une pseudarthrose et ne s'accompagne pas d'une mobilité aussi exagérée de la tête fémorale. Toutefois, si la luxation se produit au moment même de l'accouchement, on comprend qu'elle sera bien difficile à distinguer de la luxation congénitale proprement dite.

Hoffa fait remarquer que le rachitisme, en donnant naissance à une lordose lombaire exagérée, peut en imposer pour une luxation congénitale; mais, dans le rachitisme, on ne trouve, ni la mobilité anormale des fémurs, ni l'ascension des trochanters au-dessus de la ligne de Nélaton.

Restent les luxations paralytiques de la hanche qui, par bien des symptômes, peuvent en imposer pour des luxations congénitales; même ascension du grand trochanter, même mobilité anormale de la tête du fémur, même lordose lombaire. Aussi le diagnostic est-il souvent fort embarrassant. Cependant la laxité articulaire est en général plus grande, l'atrophie des muscles plus prononcée dans la paralysie infantile. On trouve, soit du côté malade, soit en d'autres points du corps, des difformités que l'on peut attribuer à la même affection. Enfin, chez certains malades, les commémoratifs sont fort nets, les parents affirmant que leurs enfants ont eu tout d'abord une marche parfaitement normale, et qu'ils n'ont commencé à boiter qu'à partir du jour où ils ont eu une attaque convulsive.

Pronostic. — Le pronostic des luxations congénitales de la hanche doit être regardé comme sérieux, sinon pour la vie, du moins pour les fonctions du membre. D'une manière générale, l'affection n'a aucune tendance spontanée vers la guérison; au contraire, plus le malade avance en âge, plus la difformité tend à s'exagérer sous l'influence de la marche. La tête fémorale remonte de plus en plus dans la fosse iliaque externe, la lordose lombaire s'accuse davantage. La possibilité de voir une scoliose se surajouter à l'affection de la hanche aggrave encore le pronostic. Les malades se fatiguent vite; ils accusent parfois des douleurs au niveau de l'articulation; enfin, on voit quelquefois des arthrites, de véritables coxalgies se développer dans une luxation congénitale.

Les conséquences au point de vue de la fonction du membre sont d'ailleurs différentes, suivant qu'il s'agit d'une luxation unilatérale ou double. Ce qui domine dans la luxation unilatérale, c'est la claudication et la scoliose. Dans la luxation bilatérale, c'est surtout l'ensellure et la démarche *de canard* caractéristique. Il peut du reste se faire que, les têtes fémorales étant solidement fixées, la fonction s'accomplisse assez bien. Il y a dans ces cas contradiction entre une forme très vicieuse et un fonctionnement satisfaisant. Dans les conditions opposées, la tête étant très mobile dans la fosse iliaque externe, le mouvement de plongement du tronc entre les trochanters est très marqué, et les fonctions du membre laissent beaucoup à désirer. Du reste, à côté des cas où la position des deux têtes fémorales est parfaitement symétrique, il en est beaucoup d'autres

où la lésion est plus prononcée d'un côté que de l'autre, et cette dernière circonstance vient encore ajouter à la gravité du pronostic. Parfois le déplacement se produit brusquement d'un côté, et les choses se passent d'une façon analogue à ce qui existe dans les luxations traumatiques.

Traitement. — De son étude sur la luxation congénitale de la hanche, Dupuytren avait conclu à l'incurabilité de cette lésion. Aussi se contentait-il de prescrire l'emploi d'une ceinture qui porte son nom, ceinture pourvue de godets dans lesquels viennent se loger les têtes fémorales, et qui, par la pression qu'elle exerce sur ces saillies osseuses, s'oppose à leur déplacement par en haut et à l'aggravation de la difformité. Dans les cas où il y a tendance à la production de scoliose, on peut prolonger par en haut la ceinture sous la forme d'un corset qui soutient la base du thorax et la région lombaire. S'il existe une disproportion de longueur trop considérable entre les deux membres inférieurs, on fera porter au côté de la luxation une semelle surélevée, de façon à diminuer les oscillations du bassin pendant la marche. Mais ce n'est là qu'un traitement palliatif.

On a tenté de faire davantage, en s'efforçant d'obtenir la réduction de la luxation. Des tentatives de ce genre furent faites par Humbert de Morley⁽¹⁾; des améliorations furent obtenues par lui, mais Pravaz conteste que ce chirurgien ait jamais réussi à réaliser une réduction véritable; pour lui, Humbert a seulement réussi à modifier favorablement la position de la tête fémorale, en venant la fixer dans la grande échancrure sciatique. Par la méthode dont il nous a donné la description, Pravaz pense avoir été plus heureux.

La méthode de Pravaz comprend trois temps essentiels : 1° Le premier temps consiste dans l'extension préparatoire exercée sur l'articulation malade. La durée de cette première période du traitement varie de quatre à six mois. Pendant ce temps, les malades sont couchés sur un lit spécial, possédant des béquillons et des sous-cuisses pour la contre-extension; l'extension s'exécute à l'aide de poids. — 2° Lorsque l'extension est jugée suffisante, c'est-à-dire lorsque la tête du fémur s'est abaissée au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure, et que le grand trochanter s'est notablement effacé, on peut procéder à la réduction. Pour cela, on fait tirer à l'aide de mouffles sur le membre placé en adduction, tandis que le chirurgien lui-même presse sur le grand trochanter de haut en bas et de dehors en dedans. On ramène ainsi la tête du fémur dans la cavité cotyloïde rudimentaire. Mais souvent elle a tendance à s'en échapper sous l'influence du moindre mouvement. Dans ce cas, on maintient la tête en place par une pression exercée sur le grand trochanter, au moyen de plaques contenues par une ceinture. Quand la tête ne manifeste plus de tendance à sortir de la cavité cotyloïde pendant les mouvements d'adduction imprimés au membre, on peut passer à la troisième période. — 3° Le but du chirurgien dans cette troisième période, c'est de commencer à imprimer méthodiquement des mouvements à l'articulation. Pour arriver à ce but sans soumettre l'articulation malade à l'influence du poids du corps, Pravaz a imaginé un appareil spécial sur lequel le malade est étendu dans la supination; un mécanisme particulier lui permet d'imprimer pendant ce temps à ses membres inférieurs des mouvements alter-

(1) HUMBERT et JACQUIER, *Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques de l'articulation iléo-fémorale, méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par causes externes*. Paris, 1855.

natifs de flexion et d'extension. Lorsqu'au bout de quatre ou cinq mois, l'articulation a pris de la solidité alliée à une souplesse suffisante, on commence à permettre au malade la station verticale et quelques essais de progression. Toutefois, pour diminuer la pression transmise aux articulations coxo-fémorales, on fait usage d'un chariot à béquilles, qui supporte le poids des parties supérieures du corps, analogue à celui dont on se sert pour soutenir les enfants qui font leurs premiers pas.

La réduction s'accompagne presque toujours immédiatement, nous dit Pravaz, de symptômes analogues à ceux que l'on remarque dans les luxations traumatiques du fémur en avant, tels qu'une tuméfaction douloureuse de l'aîne, l'impossibilité de fléchir la jambe sur la cuisse, une dysurie ou une incontinence d'urine, le trouble des fonctions du gros intestin.

D'après l'auteur, l'inflammation déterminée par la pression de la tête du fémur contre la cavité cotyloïde est une condition favorable à la consolidation de l'articulation.

« En résumé, conclut Pravaz, une patience à toute épreuve, une persévérance, qui ne se laisse point déconcerter par des contre temps imprévus, sont ici plus nécessaires qu'une haute capacité. »

Un traitement aussi long, des soins aussi minutieux, sont-ils du moins récompensés par de réels succès? La chose est malheureusement des moins certaines. Lorsque Pravaz communiqua ses observations à l'Académie de médecine, une commission fut nommée pour examiner les résultats (1). Ses conclusions furent que certainement les malades avaient été grandement améliorés, mais qu'il n'y avait pas eu de réduction véritable. Lorsque, plus tard, Pravaz le fils présenta à la Société de chirurgie un malade qui avait été souvent au même traitement (2), les conclusions adoptées par la commission de cette société furent les mêmes.

De temps en temps cependant, nous voyons publier des faits qui sont donnés comme des exemples de guérison obtenue par la méthode de Pravaz. Dernièrement, M. Willam Adams a publié des faits de cet ordre. D'après lui, dans 4 cas, dont 2 de luxations unilatérale, et 2 de luxation bilatérale, la tête du fémur a pu être maintenue réduite (3). Mais, dans les cas de M. Adams, le début du traitement ne remontait qu'à deux ans et demi; aussi le résultat ne peut-il être considéré comme définitif.

Un des cas les plus probants et les plus souvent cités en faveur de l'extension continue, c'est celui de Buckminster-Brown (4). Il s'agit d'une petite fille de quatre ans, atteinte d'une double luxation congénitale de la hanche. L'enfant fut maintenue au lit et soumise à l'extension continue; c'est seulement au bout de deux ans et trois mois que la réduction parut complète et que la malade fut autorisée à marcher. Le résultat définitif fut très satisfaisant. L'enfant pouvait jouer et courir comme les autres enfants de son âge.

Dans ces derniers temps, le professeur Paci (5), de Pise, a fait connaître un procédé qui diffère de celui de Pravaz en ce que la réduction est la première manœuvre du traitement. Dans cette manœuvre, le premier temps consiste à imprimer à la cuisse une flexion aussi complète que possible sur le bassin; pen-

(1) PRAVAZ, *Bull. de l'Acad. de méd.*, vol. III, p. 408.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1864, p. 218.

(3) *Brit. med. Journal*, 1890, t. I, p. 406.

(4) BUCKMINSTER-BROWN, *Boston med. and surg. Journal*, 4 juin 1885.

(5) PACI, *Archivio di ortopedia*, 1890, an. VII, n° 5.

dant ce mouvement, la tête du fémur descend aussi bas que possible. Le second temps consiste dans l'abduction de la cuisse qui amène la tête du fémur au-devant de la cavité cotyloïde, si son abaissement a été incomplet, et derrière son bord postérieur, si la descente de la tête a été complète. Pendant le troisième temps, on ajoute à l'abduction un mouvement de rotation en dehors lentement exécuté, qui amène la tête du fémur encore plus en avant. Enfin la cuisse est placée lentement dans l'extension, une main appliquée sur le genou, tandis que l'autre maintient le pied et la jambe; le membre en totalité étant tourné en dehors. Une force modérée suffit à triompher de la contraction musculaire, et généralement l'emploi du chloroforme n'est pas nécessaire. Le membre est placé dans un appareil inamovible pendant un mois; il doit être maintenu dans l'extension pendant trois mois. Au bout du quatrième mois, on commence à permettre la marche avec un appareil contentif. Paci dit avoir réussi dans 10 cas par cette méthode. Déjà le docteur Post (de Boston) a publié un cas dans lequel il a réussi à réduire une luxation unilatérale de la hanche sur une jeune enfant en l'endormant, amenant la tête du fémur dans le point où doit être normalement la cavité cotyloïde, et la maintenant en place par un appareil plâtré embrassant la cuisse et le tronc. Ce bandage fut porté pendant une année, tandis que le malade marchait à l'aide de béquilles; le résultat définitif fut satisfaisant (1). Depuis son premier mémoire, M. Paci a publié d'autres cas de succès; quelques chirurgiens ont imité son exemple; mais les faits ne sont pas jusqu'ici suffisamment probants; certains malades ont été améliorés; mais on ne peut pas dire que les luxations aient été réduites.

Découragés des résultats obtenus par les appareils, l'extension et les manœuvres de réduction, les chirurgiens ont eu recours aux opérations sanglantes. J. Guérin, faisant à la luxation congénitale de la hanche l'application de sa théorie générale, d'après laquelle toutes les difformités reconnaissent pour cause la rétraction primitive des muscles, a tenté d'obtenir la réduction en pratiquant des ténotomies multiples. Il sectionna les muscles trochantériens; plus tard même, il ajouta à cette section des débridements sous-cutanés de la capsule, dans le but d'aider à la formation d'une pseudarthrose (2). La méthode fut appliquée dans 5 cas de luxation unilatérale, et dans 4 cas de luxation double. Une commission de l'Académie de médecine, examinant les malades deux ans après, conclut qu'il n'y avait pas de réduction, mais qu'on avait obtenu, dans 2 cas, un allongement de 2 centimètres. Bouvier (3) a pratiqué également des ténotomies sous-cutanées; il a fait la section des adducteurs et celle du psoas iliaque, dans le but de remédier à l'adduction et à la flexion exagérée des cuisses sur le bassin. Il a fait ensuite usage d'un appareil tendant à maintenir les genoux écartés; il a obtenu de la sorte une amélioration permanente. Parmi les chirurgiens qui ont fait la ténotomie sous-cutanée, nous devons citer encore Brodhurst (4), qui, en 1865, pratiqua pour la première fois la section de tous les muscles péri-trochantériens; au bout d'une année, la malade boitait à peine. Depuis lors, cet auteur a obtenu un nouveau succès.

Malgré les résultats obtenus par les méthodes précédentes, on ne peut pas dire qu'il y ait jamais eu guérison au sens propre du mot; aussi n'est-il pas

(1) BRADFORD et LOVETT, *Orthopedic surgery*, p. 519.

(2) J. GUÉRIN, *Recherches sur les luxations congénitales*, 1841.

(3) BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, 1858, p. 139.

(4) BRODHURST, *Lectures on orthopedic surgery*, 1876, 2^e édit. p. 166.

étonnant de voir, avec les progrès de la chirurgie moderne, les auteurs s'efforcer de chercher des voies nouvelles, pouvant conduire à de meilleurs résultats.

Déjà Hueter proposa de faire la résection de la tête fémorale, et de détacher, du côté du fémur et du côté du bassin, deux lambeaux périostiques qu'on suturerait l'un à l'autre, de manière à obtenir une néarthrose solide. Toutefois ce plan ne fut jamais mis à exécution (1). Kœnig fit cependant une opération qui s'en rapproche beaucoup, et qui consiste également à détacher de l'os iliaque un lambeau ostéo-périostique qu'on rabat au-devant de la tête du fémur, de façon à lui fournir un point d'appui, et à s'opposer au mouvement d'ascension de la tête articulaire. Il est impossible de formuler une opinion sur l'opération de Kœnig; car le premier de ses malades succomba, quelques semaines après l'opération, à la scarlatine; le second opéré fut enlevé, quatre mois après l'intervention, par la diphtérie. Toutefois l'autopsie montra, dans ce dernier cas, qu'il existait déjà un relief osseux pouvant s'opposer aux excursions de la tête du fémur (2).

Une autre opération s'adressant à la luxation congénitale de la hanche, c'est la résection de la tête fémorale. Pratiquée pour la première fois par Rose et par Reyher, elle a été vulgarisée surtout par Margary (de Turin), qui, à lui seul, l'a pratiquée 6 fois. Son exemple a été suivi par bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous citerons, en Italie, Lampugnani, Motta, Raffo, de Paoli, Postempski; en Angleterre, Ogston; Heussner, Schüssler et Lucke en Allemagne; en France, Vincent et Mollière. D'après la statistique établie par un assistant de Hoffa, Rosenfeld (3), cette opération avait été faite 27 fois jusqu'en 1890, dont 17 fois pour des luxations unilatérales, et 10 fois pour des luxations doubles. Sur ce nombre, 25 fois les malades ont pu être suivis. Les résultats ne sont pas très satisfaisants. Des 7 malades opérés pour des luxations congénitales doubles, il en est 5 qui marchent mal, malgré l'usage d'une canne; les 4 autres marchent passablement, mais avec une canne également. En somme, dans aucun cas de luxation double, on n'a réussi à obtenir une guérison complète à l'aide de la résection.

Les résultats sont un peu meilleurs en ce qui touche aux luxations simples. Sur 16 malades de cette catégorie qui ont pu être suivis, il en est un seul, un malade de Motta, qui pouvait marcher pendant toute la journée sans fatigue; 2 d'entre eux pouvaient marcher aisément pendant un temps allant jusqu'à une heure et demie. Chez 5, la marche était améliorée, 2 avaient besoin d'un soutien; 6 d'entre eux boitaient, ou même marchaient plus mal qu'avant l'opération. D'après cela, on peut compter 5 résultats satisfaisants, 5 moyens, et 8 mauvais.

Frappé de l'insuffisance de pareils résultats, Hoffa (4) s'est engagé dans une voie nouvelle: il s'est proposé, au moyen d'une opération sanglante, de replacer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, en même temps qu'il augmentait la profondeur de celle-ci, au moyen de la gouge ou du ciseau. Hoffa part de ce principe que la rétraction des parties molles péri-articulaires constitue le principal obstacle à la réduction; aussi se propose-t-il de désinsérer tous les muscles trochantériens. Après désinsertion de ces muscles, on réussit toujours, dit l'auteur, jusqu'à l'âge de dix ans environ, à replacer la tête du fémur dans sa

(1) HUETER, *Klinik der Gelenkrankheiten*, 1870.

(2) KOENIG, *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, 1889, t. III.

(3) ROSENFELD, *Münch. med. Woch.*, 1891, p. 415 et 455.

(4) HOFFA, *Revue d'orthop.*, 1891, et *Lehrbuch der orthop. Chir.*, 1891, p. 555.

cavité de réception. Toutefois, même après avoir remis en place la tête du fémoral, on peut rencontrer des difficultés à placer le membre dans l'extension complète, difficultés tenant à la rétraction des muscles qui s'insèrent à l'ischion, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux. Aussi, chez les enfants qui ont dépassé la sixième année, Hoffa conseille-t-il de faire la section des tendons de ces muscles dans le creux poplité. Il peut devenir utile même de pratiquer la section sous-cutanée du *fascia lata*.

De son côté, M. Lorenz (de Vienne), en adoptant l'opération de Hoffa, l'a immédiatement modifiée. Il s'est proposé de conserver intacts tous les muscles péri-articulaires; aussi, renonçant à l'incision postérieure de Langenbeck, a-t-il placé son incision en avant, entre le couturier et le tenseur du *fascia lata*, dont les fibres sont quelquefois sectionnées perpendiculairement à leur direction, si la chose est nécessaire pour rendre plus facile au chirurgien l'accès de la capsule; mais les muscles fessiers sont laissés intacts. Aujourd'hui, l'accord est fait sur ce point, et tout le monde s'accorde à reconnaître que les résultats fonctionnels de l'opération faite avec conservation des muscles sont supérieurs à ceux que donne la désinsertion des fessiers. Hoffa et moi-même, nous avons adopté l'incision externe avec conservation des muscles. Ce qui importe, c'est d'ouvrir largement la capsule articulaire, de façon à permettre l'abaissement facile de la tête et de bien excaver la cavité cotyloïde, de façon qu'une fois réduite la luxation n'ait pas tendance à se reproduire. Un point sur lequel insiste beaucoup Hoffa, c'est la nécessité de laisser ouverte la plaie opératoire afin d'éviter les complications septicémiques.

Aujourd'hui, l'opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse juger des résultats qu'elle fournit; M. Lorenz, dans son livre (1), nous donne les résultats de ses premières opérations. Tout d'abord, il a opéré à la clinique du professeur Albert (de Vienne) et il a eu peu à se louer des résultats. Sur 12 cas, il a eu 5 suppurations abondantes et 2 morts par septicémie. S'étant transporté dans une maison de santé particulière, il a pu y faire 100 opérations successives, sans perdre un seul malade; ces 100 opérations ont porté sur 84 malades, car il y a eu 16 luxations doubles.

Quant aux résultats définitifs, il y a eu 15 fois récurrence; souvent, aussi, le résultat a laissé à désirer, en ce que le malade conservait une attitude vicieuse du membre ou un raccourcissement plus ou moins prononcé.

Nous trouvons les résultats de Hoffa consignés dans un travail communiqué par cet auteur à l'Académie de médecine en 1897 (2). Sur 190 opérations, il compte 7 morts; les 6 premiers cas de mort sont survenus dans la première série d'opérations; sur les 100 derniers opérés, il y a eu une mort seulement.

Quant aux résultats définitifs, ce serait, dit M. Hoffa, une illusion de croire que l'opération la mieux réussie puisse rétablir des rapports absolument normaux. Bien que l'articulation soit rétablie avec une cavité cotyloïde suffisante, les malformations de l'extrémité supérieure du fémur n'en persistent pas moins. La tête fémorale est aplatie, le col manque souvent complètement et, au lieu de former un angle obtus avec le corps du fémur, il forme un angle droit. C'est ce qui explique la persistance d'une légère diminution de longueur du membre malade.

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

(2) HOFFA, *Traitement de la luxation congénitale de la hanche*. Acad. de méd., séance du 25 mars 1897, et *Bull. méd.*, 24 mars 1897, n° 24.