

Ce que nous pouvons, dans la luxation unilatérale, c'est supprimer le raccourcissement du membre qui est attribuable à la situation anormale de la tête fémorale au-dessus du cotyle; nous donnons à la tête du fémur un point d'appui solide sur le bassin et nous rétablissons les conditions de fonctionnement des muscles fessiers, dont les fibres ont repris leur direction normale. Dans la luxation double, l'opération supprime la lordose exagérée; elle réduit au minimum la démarche vacillante, elle rétablit la position normale des jambes; enfin, elle permet une abduction beaucoup plus grande.

En Amérique, MM. Bradford et Gibney ont perdu des malades; en France, M. Broca en a perdu également. On trouve la statistique de ce dernier auteur consignée dans la thèse de son élève, M. Delanglade⁽¹⁾. Sur 59 opérations, M. Broca a perdu 5 malades; 3 fois il a vu survenir la récurrence, 3 fois il a été dans l'impossibilité de réduire et a dû pratiquer la résection de la tête fémorale. Dans quelques cas, il est resté de la raideur de la hanche, un certain degré de flexion; dans un cas même, une flexion de plus de 45 degrés associée à l'adduction. Quant au raccourcissement, même dans les cas les plus favorables, il a varié entre 1 et 2 centimètres. M. Delanglade lui-même a pratiqué, avec le concours de M. Broca, deux opérations qui se sont terminées par la mort, ce qui fait 5 morts sur 41 opérations, soit environ 12 pour 100.

Quant à nos résultats personnels, ils sont les suivants. Le nombre de nos opérations est actuellement de 53, sur lesquelles nous avons eu à déplorer 8 morts, soit une mortalité de 9 pour 100. De ces 8 morts, l'une est imputable à une faute opératoire, les deux autres ont été causées par la septicémie. Les résultats définitifs ont d'abord été loin d'être favorables, puisqu'au moment où j'ai publié mon premier travail je comptais, sur 8 opérations, 2 morts, 1 ankylose dans une flexion assez marquée et 2 récurrences⁽²⁾. Depuis lors, mes résultats se sont singulièrement améliorés et ils me paraissent très comparables à ceux qui ont été indiqués par Hoffa dans sa communication à l'Académie de médecine. Dans les luxations unilatérales, je suis arrivé à rendre au membre une attitude et une direction normales, en fournissant à la tête un point d'appui solide et en ramenant le raccourcissement à des proportions qui sont compatibles avec un bon fonctionnement, soit de 1 à 2 centimètres. Mais jamais, même dans les cas les plus favorables, je ne suis arrivé à obtenir l'égalité absolue des deux membres. Dans les luxations bilatérales, j'ai vu disparaître l'ensellure, mais la démarche caractéristique ne s'est pas effacée complètement.

Depuis l'introduction en chirurgie de l'opération de Hoffa, la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche a subi encore une transformation nouvelle, et cela grâce à l'intervention de M. Lorenz (de Vienne). Déjà nous avons parlé du procédé de Paci, qui se propose, par des manœuvres que nous avons indiquées, de modifier avantageusement la position de la tête fémorale. Tout autres sont les prétentions de M. Lorenz; il les formule nettement dans la phrase suivante: « En aucun cas, dit-il, ma méthode ne consiste à améliorer la position de la tête fémorale et à la fixer dans cette position. La réposition non sanglante est, comme la sanglante, une opération radicale et non un moyen palliatif⁽³⁾. »

(1) DELANGLADE, *De la luxation congénitale du fémur*. Thèse de doct. de Paris, 1896.

(2) KIRMISSON, *Contribution à l'étude de l'opération de Hoffa dans la luxation congénitale de la hanche*. *Revue d'orthop.*, 1895, p. 208.

(3) LORENZ, *Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde*. *Revue d'orthopédie*, 1^{er} mars 1897, p. 155.

Voici en quoi consiste le procédé de Lorenz, tel qu'il a été décrit par son auteur lui-même dans une note destinée à établir ses revendications contre Paci. « La première condition, dit-il, pour réussir à faire passer la tête au-dessus du rebord cotyloïdien postérieur, c'est d'abaisser celle-ci au niveau de la cavité. Pour cela, le malade est endormi et l'extension est exercée au moyen de la vis à extension préconisée par Lorenz dans la réduction par la méthode sanglante. Pour peu que le raccourcissement soit considérable, on fait l'extension pendant plusieurs jours. Enfin, dit l'auteur, on recommence, s'il est nécessaire et dans la narcose, une nouvelle séance d'extension par le même moyen, jusqu'à ce que le grand trochanter soit suffisamment abaissé; si l'on veut agir plus rapidement, on peut s'aider de ténatomies; chez les jeunes enfants ou dans les cas légers, ces préparatifs ne sont pas nécessaires. »

Le second temps, dans le procédé de Lorenz, consiste dans l'abduction à angle droit de la cuisse sur le bassin, abduction combinée à la flexion. Le but de cette manœuvre, c'est de faire passer la tête au-dessus du rebord cotyloïdien postérieur. On exerce alors, dit l'auteur, dans l'axe de la cuisse en flexion à angle droit, donc perpendiculairement à l'axe du corps, une vigoureuse traction sur le fémur, et, en même temps, on lui fait exécuter un mouvement d'abduction qu'on étend jusqu'à environ 90 degrés, moment où les deux phénomènes de reposition, secousse et bruit, se produisent. Dans le même instant, la cuisse est devenue plus longue à vue d'œil et la tête fémorale se trouve dans le pli inguinal.

Après ces manœuvres, M. Lorenz (et c'est en cela que son procédé diffère de celui de Paci) laisse le membre dans une abduction forcée variant de 60 degrés à 80 degrés, combinée à une légère hyperextension de l'articulation coxo-fémorale. Il l'immobilise dans cette position au moyen d'un appareil plâtré et l'y laisse pendant trois à quatre mois. Alors seulement il diminue l'abduction; la deuxième période de fixation dure également trois à quatre mois, pendant lesquels la marche est rendue plus facile; elle est suivie, dans certains cas, d'une troisième période d'égale durée, jusqu'à ce que la reposition se maintienne parfaitement, même dans l'extension indifférente du membre.

Malgré la confiance inébranlable affichée par l'auteur dans sa méthode, nous craignons qu'il ne se fasse illusion. Non pas qu'on ne puisse obtenir une néarthrose solide et un résultat fonctionnel avantageux; mais, quant à une réduction véritable, je la considère, pour ma part, comme tout à fait exceptionnelle.

La même opinion est exprimée par Hoffa: « Ce qu'on peut obtenir de la méthode non sanglante de Lorenz, dit-il, c'est, dans quelques cas, une vraie reposition; mais, dans la plupart des cas, c'est seulement une transposition de la tête, analogue à celle qu'on obtient dans les méthodes de Paci et de Schede⁽⁴⁾. »

Sous le nom de méthode française, j'oppose à la réduction extemporanée sous le chloroforme, telle que cherche à l'obtenir M. Lorenz, la méthode qui consiste à obtenir la réduction lente par l'extension continue, longtemps prolongée. S'il était besoin de justifier le nom de méthode française que je donne à cette manière de faire, il me suffirait de rappeler les tentatives anciennes de Jalade-Lafont et Duval, puis, en 1855, celles de Humbert (de Morley) et Jacquier, enfin, en 1847, celles de Pravaz (de Lyon). On sait en quoi consistait la méthode de ce dernier auteur; le sujet était d'abord soumis à l'extension préparatoire, au moyen d'un appareil spécial, pendant quatre à six mois. Lorsque la tête fémorale

(4) HOFFA, *Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie*, 5^e édit., p. 579.

avait été abaissée un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure et que le grand trochanter s'était effacé, alors on procédait à la réduction. Celle-ci s'obtenait encore au moyen de l'extension, en même temps que l'opérateur pressait de haut en bas sur le trochanter et portait le membre dans une forte abduction.

Nous trouvons donc formulés déjà par Pravaz les deux principes sur l'emploi desquels tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord, quand il s'agit d'obtenir la réduction d'une luxation congénitale, savoir l'extension continue et l'abduction.

Mais, tout en adoptant dans ses traits essentiels la méthode de Pravaz, je m'en écarte par un point de la plus haute importance. Il est à noter, en effet, que l'orthopédiste lyonnais s'adressait à des enfants déjà assez âgés ou même à des jeunes gens. Il n'est pas étonnant, dès lors, qu'il ait éprouvé des difficultés très sérieuses et n'ait obtenu que des résultats imparfaits.

Aujourd'hui, au contraire, l'étude beaucoup plus complète de l'anatomie pathologique nous a démontré que la luxation congénitale diffère complètement, à tous les points de vue, de la luxation traumatique. Elle n'est pas, comme cette dernière, immédiatement constituée à l'état de luxation complète. Au contraire, le plus souvent, il n'existe, au moment même de la naissance, qu'une simple malformation de l'articulation, une véritable dystrophie articulaire, comme l'a si bien dit Von Ammon, et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que, dans l'immense majorité des cas, la difformité n'est pas soupçonnée à ce moment. C'est seulement quand l'enfant commence à marcher qu'une claudication légère ou le déhanchement particulier du tronc (démarche de canard) appelle l'attention sur l'articulation coxo-fémorale. Quand on examine les enfants à ce moment, c'est-à-dire vers l'âge de dix-huit mois ou deux ans, généralement on trouve un raccourcissement très faible, ne dépassant pas 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 et un déplacement très peu prononcé. La tête fémorale est généralement située un peu au-dessus et en dehors du point qu'elle devrait occuper à l'état normal, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Mais, le point important, c'est que la tête du fémur n'est pas encore passée dans la fosse iliaque externe; elle est située au-devant de la ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité de l'ischion. C'est seulement plus tard, sous l'influence de la dislocation de l'articulation produite par le poids du corps pendant la marche et la station que la tête glisse peu à peu en arrière de cette ligne et vient se loger dans la fosse iliaque externe: la luxation est alors complète. Parfois même, comme nous l'avons déjà dit, ce glissement se fait tout d'un coup, la position du membre se modifie et s'aggrave, absolument comme dans la luxation traumatique.

Voici, dès lors, le raisonnement que je tiens: au lieu de laisser s'aggraver la situation sans rien faire pour l'améliorer, appliquons-nous à reconnaître et à traiter de très bonne heure la luxation congénitale de la hanche. Faisons ce que faisait Pravaz; mais, au lieu d'appliquer la méthode chez des jeunes gens, appliquons-la chez de très jeunes enfants, par exemple vers la seconde année; nous aurons ainsi à la fois une tâche beaucoup plus facile et un résultat bien plus avantageux. Cette manière de voir, je l'ai exprimée déjà dans un mémoire publié en 1894, et dans mon récent *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*⁽¹⁾.

(1) KIRMISSON, *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des luxations congéni-*

Je soumetts dès lors les petits malades à l'extension continue combinée à l'abduction. Pour cela, je me sers d'une gouttière de Bonnet articulée, permettant d'imprimer au membre inférieur le degré d'abduction que l'on désire, et à laquelle est surajoutée une poulie pour faire l'extension continue. J'y laisse les enfants pendant un temps qui n'est jamais moindre que six à huit mois, et, quand je constate que la tête fémorale paraît solidement fixée en bonne position, je commence à permettre la marche. Pour cela, je soutiens encore l'articulation au moyen d'un appareil plâtré ou en cuir moulé embrassant la cuisse et le bassin, comme s'il s'agissait d'une coxalgie, et descendant jusqu'au-dessus du genou. Cet appareil, comme la gouttière qui a servi à faire l'extension continue, doit maintenir le membre dans une position moyenne d'abduction. Il sera conservé pendant plusieurs années, pour éviter toute tendance au déplacement.

Ce que je me propose d'obtenir par ce traitement, c'est, sinon une réduction véritable, du moins une néarthrose solide dans un point très voisin de la cavité cotyloïde normale, compatible avec un bon fonctionnement du membre. Maintenu au-devant de la ligne qui relie l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité de l'ischion, la tête fémorale n'a plus tendance à passer dans la fosse iliaque externe; dès lors, la difformité ne s'aggrave pas. Appliquée sur un certain nombre d'enfants, soit en ville, soit à l'hôpital, cette méthode nous a donné déjà les résultats les plus encourageants.

Nous concluons donc en disant que le traitement de la luxation congénitale nous semble devoir être tout d'abord un traitement orthopédique, dans lequel l'extension continue sera combinée à l'abduction. Commencé de très bonne heure, c'est-à-dire vers l'âge de dix-huit mois ou deux ans, ce traitement donnera, dans un très bon nombre de cas, un résultat satisfaisant. Le traitement orthopédique n'a-t-il pas été appliqué ou n'a-t-il pas fourni le résultat désiré, on pourra, vers l'âge de cinq ans, recourir à la réduction par la méthode sanglante. Mais celle-ci, à son tour, a ses contre-indications. A partir de l'âge de douze ans, elle devient très difficile, sinon tout à fait impossible. De là, la nécessité de recourir, dans certains cas, à des opérations palliatives.

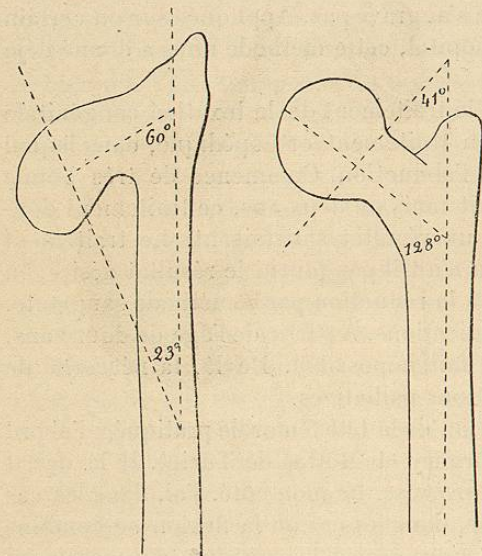
Hoffa conseille, dans ces cas, la résection de la tête fémorale pratiquée d'abord par Roser, en 1874, puis surtout par Margary et Motta (de Turin). Il la décrit sous le nom de *constitution d'une pseudarthrose*. De mon côté, j'ai, dans les cas où l'attitude du membre est très vicieuse, dans les cas où la flexion se combine à une adduction telle que le malade entre-croise les genoux en marchant, employé l'ostéotomie sous-trochantérienne. Ma première opération a été faite le 4 mai 1892 sur un jeune homme de seize ans, atteint d'une double luxation congénitale. Depuis lors, je l'ai appliquée avec succès chez plusieurs malades atteints de luxation congénitale invétérée, soit simple, soit double. L'opération est d'une bénignité absolue et donne des résultats orthopédiques très satisfaisants. Elle a, du reste, été adoptée par Hoffa⁽¹⁾.

tales de la hanche (Mémoire lu au Congrès internat. de Rome). Revue d'orthop., 1894, p. 194, et *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 682 et suiv.

(1) KIRMISSON, *De l'ostéotomie sous-trochantérienne appliquée à certains cas de luxation congénitale de la hanche. Revue d'orthop.*, 1^{er} mars 1894, p. 157, et *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 691.

COXA VARA

Sous le nom de flexion du col du fémur pendant l'adolescence, Ernest Müller⁽¹⁾ a décrit, en 1889, une entité pathologique nouvelle. C'est le hasard qui révéla à Müller cette lésion; il la rencontra sur une pièce provenant de résection sous-trochantérienne de la hanche. On avait cru dans ce cas à une coxalgie; mais la tête et le col du fémur furent trouvés sains, de même que la cavité cotyloïde; le microscope ne démontra aucune altération osseuse. Il existait seulement une déformation consistant en ce que la diaphyse était remontée sur l'épiphyse, de sorte que l'angle compris entre le col et le corps du fémur avait notablement diminué. Éclairé par l'examen de cette pièce, Müller put ensuite diagnostiquer trois fois sur le vivant l'existence de cette difformité. Comme cause, il invoqua le rachitisme de l'adolescence, qui avait été précédemment déjà donné comme cause du genu valgum des jeunes gens par Mikulicz. De son côté, Kocher (de Berne)⁽²⁾ rencontra la même difformité, et

Fig. 136.
Fémur normal.Fig. 137.
Coxa vara.

lui donna le nom de coxa vara. Du reste, comme il arrive presque toujours, quand l'attention fut éveillée sur cette question, on s'aperçut qu'elle avait été déjà signalée autrefois, puis qu'elle était tombée dans l'oubli. Röser l'aurait décrite, en 1845, sous le nom de *morbus coxarius*, puis Édouard Zeis, en 1851. Des faits analogues auraient été rencontrés par Richardson, Monks, Keetley. Depuis lors, ont paru sur cette question de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons surtout ceux de Schultz, élève de Hoffa⁽³⁾, de Hofmeister⁽⁴⁾ et de Lauenstein⁽⁵⁾.

L'anatomie pathologique de l'affection peut être établie, à l'heure actuelle, sur six pièces appartenant à Müller, à Lauenstein, Kocher et Hoffa. Le fait qui domine sur ces pièces, c'est l'affaissement de l'angle formé entre eux par le corps et le col. Cet angle, qui, à l'état normal, est de 125 degrés environ, peut se trouver ramené à l'angle droit, comme dans la pièce de Müller, ou même à l'angle aigu, 60 degrés par exemple. C'est ce qui existe dans la pièce de Hoffa, reproduite par Schultz dans son mémoire; l'affaisse-

(1) MÜLLER, *Ueber die Verbiegung des Schenkelhalses im Wachstumsalter. Beiträge zur klin. Chir.* Tübingen. 1889, Bd. IV.

(2) KOCHER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1894, Bd. XXXVIII, p. 521.

(3) SCHULTZ, *Zur Casuistik der Verbiegung des Schenkelhalses. Zeit. für orthop. Chir.*, 1892, Bd. I, Heft 1.

(4) HOFMEISTER, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1895, Bd. XII, p. 291.

(5) LAUENSTEIN, *Arch. de Langenbeck*, 1890, vol. XL.

ment du col est tellement prononcé dans ce cas que la tête du fémur arrive en contact avec le petit trochanter.

Quant aux altérations histologiques du tissu osseux, elles sont loin d'être bien établies. Dans son cas, Müller avoue n'avoir rencontré aucune lésion spécifique. De même, dans le fait de Hoffa, l'examen microscopique n'a pas donné de résultats positifs. Dans les faits de Kocher, il est dit que l'examen histologique montra des lésions mixtes d'ostéomalacie et de rachitisme, sans fournir aucun détail; c'est bien vague, nous ne pouvons donc tirer des documents précédents aucune conclusion précise.

La symptomatologie de l'affection est la suivante: La marche est chronique; il existe des douleurs plus ou moins marquées, de la fatigue pendant la marche, de la claudication. Ces différents symptômes se montrent chez des jeunes gens,

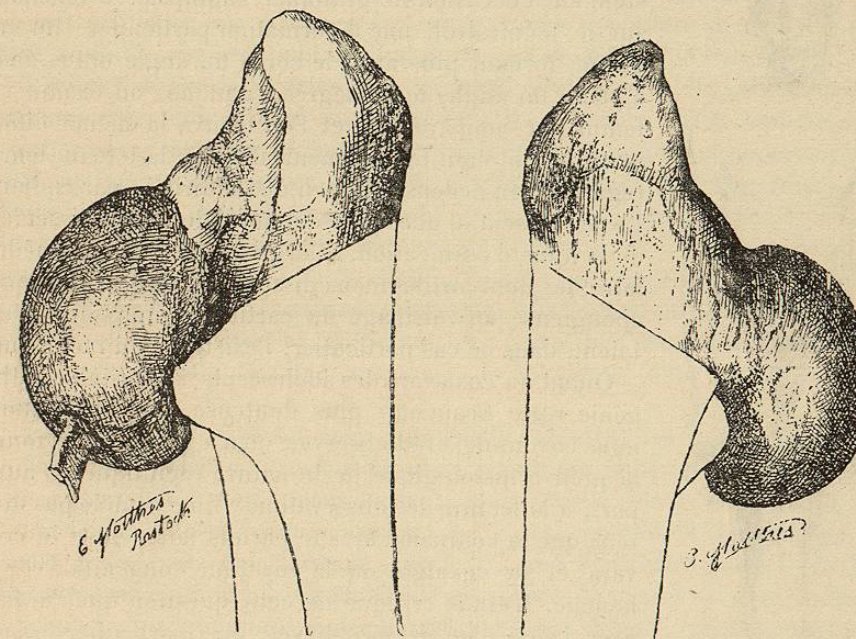


Fig. 138.

Fig. 139.

entre quatorze et dix-huit ans, sans cause apparente, ou à la suite d'un léger traumatisme. On a pu comparer cet ensemble symptomatique à ce qui existe dans le pied plat valgus douloureux. Le raccourcissement varie de 2 à 5 centimètres; il est dû à l'ascension du grand trochanter qui mesure exactement la même étendue que le raccourcissement lui-même; il n'y a donc pas de raccourcissement quand on mesure la distance comprise entre le sommet du grand trochanter et la pointe de la malléole externe, tandis que le raccourcissement porte sur l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la pointe de la malléole. Le membre est placé dans une position plus ou moins marquée d'adduction, à laquelle s'ajoute parfois de la rotation en dehors. Les mouvements de l'articulation sont assez étendus, et non douloureux. Mais la limitation porte toujours sur les mouvements d'abduction, et quelquefois même sur les mouvements de flexion.