

cadavre, ainsi que sur les observations cliniques et les données anatomiques, nous conseillons de commencer les tentatives de réduction après avoir amené la cuisse en abduction et hyperextension modérée. L'abduction a pour résultat de rendre plus largement béante la déchirure de la capsule, et si l'on y ajoute un léger degré d'hyperextension, le ligament de Bertin modérément tendu empêche que la tête fémorale ne glisse par dessus le rebord osseux du bassin dans la cavité pelvienne. Si l'on imprime ensuite au membre un mouvement de rotation en dedans, on ramène la tête fémorale dans sa cavité en la faisant tourner autour du ligament ilio-fémoral tendu. J'ai obtenu facilement par ce procédé la réduction d'une luxation pubienne. On s'aidera, en outre, avantageusement d'une pression exercée sur la tête fémorale de haut en bas et de dedans en dehors. Lorsque, dans les cas de luxation ilio-pectinée, la méthode que nous venons de décrire ne donne aucun résultat, on peut tenter la réduction par le procédé de flexion, lequel a l'avantage de relâcher le ligament ilio-fémoral. La cuisse étant fléchie on lui imprime un mouvement d'adduction et de rotation en dedans; la tête fémorale arrive alors dans la cavité cotyloïde en tournant autour des parties postérieures conservées de la capsule. Il va sans dire qu'en cas d'insuccès, on fera bien d'avoir recours à la méthode rationnelle décrite par KOCHER.

§ 31. — Dans notre étude de la luxation iliaque nous avons fait remarquer que les essais de réduction avaient parfois comme conséquence de la transformer en une *luxation sus-cotyloïdienne*. Or BLASIUS a recueilli un certain nombre d'observations dans lesquelles cette forme de luxation s'était produite d'emblée, et dernièrement encore R. VOLKMANN et KOCHER ont observé des cas de ce genre.

Le mécanisme par lequel se produit cette forme de luxation, n'est pas encore sûrement établi. Comme nous l'avons déjà dit, elle peut être la conséquence d'une rotation en dehors imprimée à la cuisse dans la luxation iliaque (ROSER). BLASIUS la détermina sur le cadavre par le procédé suivant : l'articulation coxo-fémorale ayant été mise à découvert en dehors, le long du muscle couturier, il divisa la capsule transversalement en haut et en arrière (l'incision intéressait en partie le ligament ilio-fémoral), puis il porta la cuisse dans l'hyperextension, l'adduction et la rotation en dehors. D'après quelques observations cliniques, l'hyperextension paraît aussi avoir contribué à produire la luxation sus-cotyloïdienne.

La tête articulaire se trouve située au-dessus de la cavité cotyloïde, directement au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, mais peut atteindre l'épine iliaque antéro-supérieure, et même se placer dans l'échancrure qui sépare ces deux apophyses.

Le capsule est déchirée à sa partie supérieure. Sa partie inférieure tendue recouvre la cavité cotyloïde. Dans nombre de cas, la capsule était rompue circu-

lairement, et la déchirure intéressait aussi le ligament ilio-fémoral. Chez un individu on trouva à l'autopsie que ce ligament était tendu sur la tête fémorale luxée. Une fois même le ligament rond était, paraît-il, en partie conservé.

On sent et l'on voit la tête fémorale à l'endroit indiqué plus haut. En arrière de la tête articulaire, dans le voisinage de la crête iliaque, on reconnaît à la palpation le grand trochanter. L'extrémité est dans l'extension, la rotation en dehors, et le plus souvent dans l'adduction (BLASIUS).

BIGELOW décrit une forme de luxation sus-cotyloïdienne dans laquelle la cuisse présente un degré d'adduction suffisant pour croiser l'extrémité saine, et il la désigne sous le nom de luxation antérieure oblique. Il explique cette forte adduction en admettant une déchirure complète du ligament de Bertin.

En général, le raccourcissement du membre ne dépasse pas trois centimètres. A ce raccourcissement réel s'ajoute dans beaucoup de cas un raccourcissement apparent dû à l'élévation du bassin destinée à corriger l'adduction.

Le diagnostic différentiel entre cette luxation et la fracture du col du fémur repose essentiellement sur la présence constatée de la tête fémorale dans un endroit anormal, ainsi que sur la fixité plus grande de la cuisse dans le cas de luxation.

BLASIUS conseille de placer la cuisse en flexion modérée et adduction, et d'exercer sur le membre des tractions suivies de rotation en dedans. HUETER se basant sur des observations cliniques et des expériences sur le cadavre, conseille la flexion exagérée avec rotation en dedans, laquelle manœuvre aurait pour résultat de transformer la luxation sus-cotyloïdienne en une luxation iliaque ordinaire. Cette dernière est ensuite soumise au procédé habituel de réduction.

§ 32. — Dans notre étude des luxations obturatrice et ischiatique nous avons déjà fait remarquer que l'on observe parfois une forme intermédiaire que nous avons désignée sous le nom de **luxation sous-cotyloïdienne**. Nous avons déjà rappelé à ce propos que la tête fémorale qui s'échappe par une déchirure de la partie inférieure de la capsule pour venir se placer sur l'ischion, ne reste fixée sur cet os que dans des circonstances exceptionnelles (déchirure étroite et tension de la capsule). Suivant que le déplacement se rapproche soit d'une luxation obturatrice, soit d'une luxation ischiatique, la cuisse est tantôt dans l'abduction et la rotation en dehors, tantôt, au contraire, en légère rotation en dedans; mais dans tous les cas elle présente un certain degré de flexion. Les cas dans lesquels la cuisse était dans l'extension (PITHA), s'expliqueraient par l'étendue plus grande de la déchirure de la capsule.

On essayera donc d'opérer des tractions dans l'attitude fléchie de la cuisse. Les mouvements de rotation sont sujets à caution, car ils transforment volon-

tiers la luxation sous-cotyloïdienne en luxation obturatrice ou ischiatique. Lorsque cette transformation s'est opérée, on modifie, en conséquence, le procédé de réduction.

§ 33. — En ce qui concerne la **réduction des luxations anciennes de la hanche**, nous avons seulement à ajouter qu'en général les règles à suivre sont les mêmes que pour la réduction des luxations récentes.

Parfois, il est vrai, on est obligé, dans ces cas, d'employer une force plus grande pour les tractions que l'on exerce, du reste, dans la direction que nous avons fait connaître à propos des diverses formes de luxations; l'emploi modéré des mouffles est à conseiller dans certains cas. Mais qu'on n'oublie pas que précisément ici, les tentatives de réduction ont eu souvent de fâcheuses conséquences (rupture de vaisseaux et gangrène, déchirure des nerfs avec paralysie du membre, fracture et suppuration de l'articulation). D'autre part, il est vrai, les tentatives de réduction ont été parfois couronnées de succès six mois après l'accident, et même au bout d'un temps encore plus long.

Dans les luxations anciennes il se forme parfois une néarthrose assez complète, tandis que la cavité cotyloïde normale disparaît peu à peu. C'est ce qu'on observe avant tout dans les luxations iliaques; les fonctions du membre sont alors relativement conservées. Dans d'autres cas, la tête fémorale est fixée au bassin par du tissu conjonctif, rarement par du tissu osseux. Ici encore l'extrémité luxée peut recouvrer un état fonctionnel relativement satisfaisant.

Dans quelques cas, on a observé une impuissance absolue et persistante du membre inférieur, soit par le fait de sa position vicieuse, soit à cause de la paralysie ou des douleurs violentes résultant de la compression des nerfs (sciatique). Dans ces cas, après avoir vainement tenté la réduction par voie non sanglante, on peut mettre à découvert l'articulation par une incision, et chercher à lever l'obstacle et à faire rentrer la tête du fémur dans sa cavité. VOLKMANN, il est vrai, a pratiqué sans succès une opération de ce genre. La résection de la hanche, vu les bons résultats fonctionnels qu'elle donne dans certaines circonstances, est certainement indiquée dans les cas graves de luxations anciennes. Nous pensons d'ailleurs que, même dans les cas ordinaires, la résection donne des résultats certainement supérieurs à ceux que l'on peut attendre de la meilleure néarthrose formée spontanément. Aussi conseillons-nous d'avoir recours à la résection pratiquée avec les précautions antiseptiques, toutes les fois que les tentatives de réduction n'ont pas été couronnées de succès.

c. Luxation congénitale de la hanche.

§ 34. — La luxation congénitale de la hanche est importante, aussi bien à cause de sa fréquence que du fait de la gêne considérable qui en

résulte pour la marche. Elle est sensiblement plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et dans un certain nombre de cas elle est héréditaire; parfois même l'hérédité se manifeste à tel point qu'une mère affectée d'une luxation traumatique ou spontanée met au monde plusieurs enfants atteints de luxation congénitale. Souvent la luxation est bilatérale, et dans la plupart des cas, la tête fémorale a franchi le bord postérieur du cotyle, pour se placer sur l'os iliaque; plus rarement elle a fui en avant pour se mettre en rapport avec le pubis (THORENS, TILLMANN). Quelquefois on observe en même temps des troubles cérébraux, et dans ces cas particulièrement, on constate dans d'autres articulations des altérations de diverse nature.

La luxation congénitale de la hanche a été déjà décrite anciennement, mais n'est bien connue que depuis DUPUYTREN. L'étiologie de cette affection a mis souvent les auteurs en frais d'imagination. Un fait indubitable, c'est que l'on observe, dès l'âge le plus tendre, des déplacements de la tête fémorale dus à des processus inflammatoires développés pendant la période fœtale ou très peu de temps après la naissance (MOREL-LAVALLÉE, etc.). D'autre part, dans la paralysie infantile essentielle, il se produit certainement des subluxations par paralysie des muscles tenseurs de la capsule articulaire; ces subluxations se manifestent par une attitude anormale du membre (flexion, adduction). Mais désigner ces cas sous le nom de luxation congénitale, c'est méconnaître les faits cliniques et anatomo-pathologiques. Dans quelques cas très rares on peut bien admettre que la luxation a été la conséquence d'une lésion traumatique au moment de l'accouchement, mais certainement il ne saurait être question d'une pareille étiologie dans les cas de luxation congénitale proprement dite.

Pour ce qui concerne les faits anatomo-pathologiques, lesquels ont leur importance tant au point de vue de l'étiologie que du traitement, nous devons faire remarquer, avec VOLKMANN, qu'il importe de distinguer, d'une part, les résultats d'autopsie chez les enfants qui n'ont pas marché, et, d'autre part, ceux que donne l'examen nécroscopique des enfants plus âgés ou des adultes. Les premiers n'ont été que rarement décrits, et ils offrent des différences assez notables. Dans certains cas, en effet, la cavité cotyloïde fait défaut, et elle est remplacée par une excavation profonde de la face externe de l'os iliaque. Dans d'autre cas, la cotyle est petite, aplatie, la tête fémorale occupe le bord externe (ou postérieur) de cette cavité; dans d'autres encore, on constate l'absence de l'extrémité supérieure du fémur: la tête fémorale, le col et le ligament rond font défaut (CRUVEILHIER). S'il reste des vestiges d'une cavité cotyloïde, le ligament rond part de cette dernière pour s'insérer sur la tête du fémur altérée dans sa forme; la synoviale s'étend aussi jusqu'à cette dernière, et avant son insertion à l'ancienne cavité articulaire elle s'étire en un tube de petit calibre. Dans nombre de cas il ne survient dans la suite aucun changement notable dans les diamètres du bassin, tandis que dans d'autres il s'en produit évidemment; ce fait a de l'importance chez la femme au point de vue de la question du mariage.

La tête fémorale occupe tout d'abord le rebord cotyloïdien, mais, plus tard,