

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,