

sous l'influence de la marche, elle tend à remonter sur l'os iliaque. Mais ce qui caractérise bien la luxation congénitale, et permet de la distinguer de la luxation traumatique et de la luxation spontanée, c'est que, grâce à l'absence de toute irritation inflammatoire, il ne se forme jamais que d'une façon très incomplète une néarthrose, c'est-à-dire une sorte de cavité cotyloïde destinée à servir de point d'appui à la tête fémorale. Ce n'est que lorsque la tête articulaire a déterminé peu à peu l'usure de la capsule et des parties molles jusqu'au périoste de l'os iliaque, que l'irritation de cette dernière membrane a parfois comme conséquence la formation d'une nouvelle cavité de réception. Mais habituellement la tête fémorale qui, dans les mouvements, glisse sur l'os iliaque, s'appuie essentiellement sur la capsule épaissie et allongée; elle est appendue à ce ligament comme les anciens carrosses au ressort en forme de cou de cygne (cette comparaison assez heureuse est de VOLKMANN). Le plus souvent on observe aussi une atrophie des muscles et particulièrement des fessiers; le membre tout entier s'accroît moins qu'à l'état normal.

Pour une partie des cas de formation incomplète de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale, il faut, sans doute, admettre, au point de vue étiologique, qu'il s'agit d'un vice de développement datant d'une époque très reculée de la vie fœtale. De même que pour le pied bot et d'autres malformations congénitales, on a cherché la cause de ce vice de conformation dans une « erreur de lieu » des germes destinés à former la tête fémorale et la cavité cotyloïde. Ce qui parlerait en faveur de cette hypothèse, c'est le fait que souvent cette malformation est héréditaire, qu'elle coexiste avec des vices de conformation analogues d'autres articulations chez des individus présentant certaines anomalies du cerveau, et qu'en outre les deux articulations de la hanche sont assez souvent affectées en même temps. Enfin dans quelques cas isolés, les faits anatomiques sont venus confirmer cette manière de voir. Toutefois, dans la plupart des cas, les recherches nécroscopiques ont prouvé qu'il existait une cavité cotyloïde à la place normale, et démontré qu'à une certaine époque la capsule articulaire s'étendait régulièrement de la tête fémorale aux bords de la cavité cotyloïde. Ces résultats sont évidemment en désaccord avec l'hypothèse rapportée plus haut. Dernièrement DOELLINGER a émis l'idée que l'ossification prématurée, ou une diminution d'accroissement au niveau du cartilage en Y de l'acétabule, pouvait entraîner un retard dans le développement de la cavité cotyloïde, et que la tête fémorale ne trouvant plus une place suffisante dans cette cavité, finissait par rester complètement en dehors. Cette hypothèse me paraît déjà fondée par le fait qu'elle m'explique un certain nombre de cas dans lesquels les symptômes de la luxation congénitale n'ont apparu que dans les dernières années de l'enfance, sans qu'auparavant un examen minutieux eût permis de constater le moindre trouble fonctionnel dans le domaine de l'articulation de la hanche. GRAWITZ se basant sur l'examen anatomique d'un certain nombre d'articulations de nouveau-nés atteints de luxation congénitale, a confirmé l'opinion de DOELLINGER. Tous les cas examinés offraient les signes d'un arrêt de développement du cartilage en Y, tandis que la tête du fémur était normalement développée.

Il est à peu près hors de doute que l'on doit admettre, dans certains cas, comme cause de la luxation congénitale, une attitude vicieuse des membres inférieurs dans l'utérus, attitude qui, nous le verrons plus loin, joue un rôle étio-

logique analogue, dans nombre de malformations du pied. Par suite d'une forte adduction de la cuisse fléchie, il peut se faire que la tête fémorale agrandisse peu à peu la partie postérieure de la cavité cotyloïde et franchisse finalement le bord correspondant de cette dernière (ROSER).

Aucun autre vice de conformation des membres inférieurs, dans la première enfance, ne fait commettre autant d'erreurs de diagnostic que celui que nous étudions en ce moment, et cependant ces erreurs peuvent être évitées dans presque tous les cas. Il est rare que le médecin soit appelé à poser un diagnostic avant que l'enfant ait essayé de marcher. Pour ma part, je n'ai en mémoire que deux cas de ce genre, dans lesquels l'enfant me fut apporté déjà au bout de peu de mois après la naissance, parce que la mère avait remarqué qu'une des deux hanches était plus haute que l'autre. Mais lorsque l'enfant s'exerce déjà depuis quelque temps à marcher, les symptômes deviennent suffisamment caractéristiques.

Le plus souvent, il est vrai, il manque deux symptômes qui ont une grande importance, tout au moins pour le diagnostic de la luxation iliaque traumatique; ce sont, d'une part, l'attitude du membre en rotation en dedans et adduction et, d'autre part, une diminution considérable des mouvements de l'articulation de la hanche. En effet, les mouvements actifs et passifs de flexion sont possibles; l'abduction seule est limitée. Par contre dans la station debout et la marche, on voit apparaître aussitôt une attitude anormale bien déterminée due au déplacement de l'articulation et haut et en arrière. C'est ce qu'on observe particulièrement dans la luxation bilatérale; en effet, grâce au déplacement des deux têtes fémorales en arrière, le bassin s'abaisse fortement en avant et présente un degré notable d'inclinaison que doit compenser une lordose de la colonne lombaire, lordose qui est elle-même compensée par une incurvation en sens contraire de la colonne dorsale. La démarche de l'enfant offre déjà de ce fait certaines particularités qu'exagère encore l'absence de point d'appui solide pour la tête fémorale; celle-ci glisse, en effet, de bas en haut sur l'os iliaque, et n'est plus finalement maintenue dans sa position que par les ligaments (voir plus haut). On a comparé avec beaucoup d'à propos cette démarche à celle du canard. Si l'on examine les fesses dans la marche et la station debout, on est frappé de la forme particulière et bien caractéristique du bassin à la partie supérieure de la région de l'os iliaque; le diamètre transversal est, en effet, agrandi grâce à la présence du grand trochanter déplacé, et, d'autre part, on constate au-dessous de la crête iliaque une tuméfaction due à la tête articulaire déplacée. Lorsque l'enfant repose dans le décubitus dorsal, la lordose statique s'efface aussitôt, mais dans cette position on n'en remarque pas moins la déformation due à la position élevée du trochanter, que l'on peut du reste démontrer soit par la mensuration, soit au moyen de la ligne de ROSER-NÉLATON. Assez souvent, on réussit par

des tractions à faire disparaître momentanément le raccourcissement de l'extrémité.

En général, la démarche caractéristique de l'enfant s'exagère dans le cours des années, car ainsi que nous l'avons fait remarquer, il ne se forme que rarement une néarthrose solide; la tête fémorale conserve un large champ d'excursion sur l'os iliaque, et souvent on voit aussi s'aggraver l'attitude vicieuse du corps; le ventre retombe de plus en plus en avant, tandis que les épaules se reportent en arrière. Le déplacement peut du reste, en tout temps, devenir stationnaire, soit que les muscles plus vigoureux soient mieux en état de supporter le poids du corps, soit que finalement la tête articulaire trouve un point d'appui plus efficace en se créant une excavation en forme de cotyle.

Les tentatives ayant pour but la guérison des luxations congénitales, n'ont donné jusqu'ici que des résultats fort peu encourageants. On a cherché à ramener de force la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, et à la maintenir réduite, au moyen d'un appareil appliqué dans l'attitude d'abduction du membre, appareil que le malade devait garder plusieurs mois. Si l'on se reporte à notre étude anatomique et physiologique, il devient évident que ce procédé ne peut avoir d'efficacité que si la tête articulaire et la cavité cotyloïde sont à un degré suffisant de conservation. Par conséquent, on pourra, peut-être, y avoir recours avec succès dans les cas, sans doute rares, de luxation par attitude vicieuse du membre dans la cavité utérine. Ces essais de réduction ne peuvent guère avoir de conséquences fâcheuses dans les cas de luxation unilatérale. Mais en l'absence d'une cavité cotyloïde, on ne peut naturellement que chercher à fixer la tête du fémur à l'endroit que l'on juge le plus favorable aux mouvements. Dans ce but on attirera l'extrémité aussi bas que possible, soit par des tractions énergiques comme celles que l'on emploie pour la réduction, soit par l'extension continue au moyen de poids avec lesquels on maintiendra pendant longtemps le membre dans sa nouvelle position. Divers chirurgiens auraient obtenu par ce procédé de bons résultats après des années de traitement (PRAVAZ, BEHREND, etc.). Le plus souvent la patience des parents et du médecin s'épuise avant le temps, et pour ce qui me concerne, je dois ajouter que je n'ai rien obtenu par ce moyen de traitement, bien que de part et d'autre nous ayons fait preuve d'une grande persévérance. Il n'est pas sûr, d'autre part, que l'on puisse arriver à un bon résultat par l'application d'un appareil permettant à l'enfant de marcher. Il s'agit, en effet, de construire un appareil qui enlève le poids du corps à l'extrémité inférieure pour le reporter sur quelque autre partie.

Lorsque la luxation est unilatérale, on peut obtenir ce résultat au moyen d'un appareil analogue à celui que TAYLOR a inventé pour la coxalgie, appareil dans lequel le point d'appui du corps se trouve reporté sur les ischions; en

outre, on peut faire en sorte que le pied soit soumis à une traction tendant à le rapprocher de l'extrémité inférieure de l'appareil (voir le traitement de la coxalgie). Pendant la nuit on soumet le membre inférieur à l'extension par des poids. Dans les cas de luxation bilatérale un appareil de ce genre n'est guère applicable, surtout si l'on prend en considération le jeune âge des enfants, que l'on obligerait ainsi à marcher en quelque sorte sur deux échasses prenant leur point d'appui aux ischions; d'autre part, il est douteux, à mon avis, que l'on obtienne un meilleur résultat en ajoutant à l'appareil des tuteurs axillaires. On peut y adapter, en outre, une pelote latérale concave fixée à l'attelle externe par une articulation à noix. Cette attelle est destinée à exercer une pression sur le trochanter et à le refouler du côté de la cavité cotyloïde (LANGARD).

Dans les cas où la luxation congénitale est reconnue de bonne heure, avant que l'enfant ait commencé à marcher, ROSER conseille de maintenir les extrémités inférieures dans l'abduction, conformément à son hypothèse d'après laquelle le déplacement de la tête du fémur serait due à l'attitude du membre en adduction dans la cavité utérine. On pourrait appliquer, dans ce but, des appareils plâtrés et maintenir les deux jambes écartées, au moyen d'une planchette transversale.

Dans ces dernières années, j'ai traité par le **corset de feutre** la luxation congénitale de la hanche, surtout la forme bilatérale. Ce qui m'a engagé à essayer ce moyen de traitement, c'est le fait que lorsqu'on applique un corset de feutre, le dos étant étendu, on empêche la production d'une lordose et l'on donne au bassin une position qui ne permet pas auxêtes fémorales de se déplacer dans la direction qui entraîne précisément l'attitude vicieuse du dos. Je ne suis pas encore en mesure de me prononcer sur le résultat définitif de cette méthode de traitement, mais ce que je puis affirmer, c'est que les enfants d'un certain âge et les adultes sont très satisfaits de l'action favorable exercée sur les symptômes de la luxation par l'application du corset de feutre. Ce dernier doit naturellement, autant que possible, comprendre également le bassin. Les diverses tentatives qui ont été faites jusqu'ici pour guérir ou améliorer la luxation congénitale, n'ont pas donné des résultats satisfaisants. Vu le peu de danger de ces interventions chirurgicales et l'inefficacité des autres moyens de traitement, on comprend que l'on imagine de temps en temps de nouvelles méthodes opératoires. Ce que l'on peut admettre comme bien démontré, c'est que la *résection de la tête articulaire* ne donne pas le résultat désiré. On fera donc bien de la réserver pour les cas dans lesquels la marche s'accompagne de vives douleurs, par suite du mouvement de glissement de la tête fémorale sur l'os iliaque. C'est, en effet, ce qu'on observe quelquefois chez les individus d'un certain âge. Une opération rationnelle est celle qui consisterait à reconstituer une cavité cotyloïde, dans laquelle serait reçue la tête fémorale, que l'on pourrait peut-être fixer au moyen d'une tige d'ivoire. A supposer même que dans le cas d'une luxation unilatérale, une ankylose fût le résultat définitif de l'opé-