

pour lesquelles les manœuvres entreprises d'emblée ont échoué.

Appliquée ordinairement avec l'appareil d'Hennequin, elle doit être faite avec une force suffisante (6 à 12 kilog. pour les enfants de 5 à 8 ans ; 12 à 20 kilog. pour ceux de 8 à 15 ans) et établie progressivement. Elle sera prolongée pendant cinq ou six semaines.

“ L'extension continue ne donne pour ainsi dire jamais un résultat complet, sauf pour les jeunes sujets. Chez ceux-ci, on sait depuis longtemps qu'elle peut amener la disparition apparente de la difformité—ce que l'on reconnaît aux caractères suivants : la tête est descendue au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure ; les deux membres sont sensiblement de même longueur, sans abaissement de bassin du côté malade ; la saillie du grand trochanter est effacée et cette apophyse occupe sur la ligne Nélaton-Roser une situation se rapprochant de la normale, cette dernière recherche étant la seule possible dans les luxations bilatérales.”

“ Semblable abaissement ne peut être obtenu dans les cas où la traction préalable est vraiment utile. Ce n'est pas là d'ailleurs le but cherché ; il suffit d'un abaissement partiel, pour que les muscles soient affaiblis et les ligaments allongés.”

2 RÉDUCTION.—L'anesthésie est indispensable, excepté parfois, chez les très jeunes enfants lorsque la réduction est très facile.

Avant de procéder à la réduction proprement dite, certaines manœuvres peuvent encore être utiles ou nécessaires : 1^o pour compléter par *extension extemporanée*, l'abaissement de la tête fémorale ; 2^o pour vaincre, *par extension forcée ou ruptures des abducteurs*, la résistance que ces muscles opposent au mouvement d'abduction ; 3^o pour *mobiliser la tête* sur place avant de la propulser.

A. MANŒUVRES PRÉLIMINAIRES.—1^o *Extension extemporanée*.—Elle était autrefois appliquée d'une façon à peu près systématique. Aujourd'hui la plupart des chirurgiens y ont renoncé, après avoir constaté qu'elle aussi échoue, lorsque l'extension continue préalable a échoué.

Si l'on croit devoir recourir à ce moyen, on peut tenter l'*extension manuelle* faite par des aides aux deux extrémités du corps. Généralement il faut s'adresser à l'*extension mécanique* pratiquée ou avec la vis de Lorenz à peu près

abandonnée, parce qu'on ne peut en mesurer l'action, ou avec un appareil à moufle, muni d'un dynamomètre.

L'extension mécanique sera faite avec prudence, le chirurgien suivant de la main la descente de la tête, tout en surveillant les parties molles ; si les muscles pelvi-fémoraux ou la peau sont trop tendus, on suspend la traction pendant une demi-minute à une minute. Commencée à 35 kilog., celle-ci sera progressivement portée à 80 et même 100 kilog., suivant l'âge et les résultats obtenus. Elle ne sera pas prolongée au delà de 10 à 12 minutes (Calot).

2^o EXTENSION FORCÉE OU RUPTURE DES ABDUCTEURS.—Cette manœuvre—bien préférable à la ténotomie qui expose à l'infection, qui, surtout supprime des muscles dont la contraction favorise le maintien de la réduction—est adoptée par la plupart des opérateurs. Certains, cependant, y ont renoncé, ne voulant pas infliger aux muscles adducteurs même une rupture sous-cutanée (A Broca, Ducroquet).

Elle s'exécute de la façon suivante. Un aide fixant solidement le bassin, la cuisse étant portée d'une main en forte abduction et légère flexion, on exerce de l'autre sur la corde saillante des abducteurs, soit avec le poing, soit avec le bord cubital de la main, soit encore avec les pouces, une vigoureuse pression. Traction en dehors ou pression doivent être prolongées jusqu'à ce que l'on sente toute résistance cesser, le membre se plaçant en abduction forcée.

Ce résultat peut en général être obtenu par simple allongement, lentement exécuté des muscles—sans rupture—ce qui vaut mieux.

3^o MOBILISATION DE LA TÊTE FÉMORALE.—On fait exécuter à la cuisse des mouvements alternatifs de flexion, d'extension et de circumduction qui, se communiquant à la tête, augmentent la mobilité de celle-ci.

B. MANŒUVRES DE RÉDUCTION

Elles ne peuvent être utilement faites que si le bassin est solidement immobilisé.

A cet effet, les fesses reposant sur le bord du lit, un aide placé du côté sain exerce une forte pression sur l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante ; ou bien, ce qui assure une meilleure fixation, il emploie le procédé recommandé par Hoffa ; fléchissant la jambe saine sur la