

s'accuse de plus en plus. En général, les pressions brusques sur la région malade, le heurt des surfaces articulaires ne provoquent aucune souffrance, tandis qu'un effleurement léger de la peau détermine parfois une douleur vive qui ne se limite pas à la jointure, mais s'étend assez loin sur la partie inférieure de l'abdomen, à la fesse, à la cuisse et même à la jambe. Cette hyperesthésie cutanée, qui s'exagère souvent si le malade suit attentivement l'examen auquel on le soumet, a reçu de Charcot le nom de « signe de Brodie ».

Le diagnostic serait malaisé si ces arthropathies se rencontraient ailleurs que chez les hystériques; mais on retrouvera les autres signes de ce mal, la sensation de boule, de clou, la douleur ovarienne, les plaques anesthésiques et hyperesthésiques, les crises nerveuses, l'irritabilité du caractère, la mobilité et la multiplicité des affections qui peuvent survenir. Et puis la marche de l'arthralgie est particulière : elle ne s'aggrave pas et parfois guérit tout à coup à la suite d'une frayeur, d'une chute, sans raison efficace. Nous avons été consulté un jour pour une jeune fille de dix-sept ans qui, depuis deux ans, était soignée pour une double « tumeur blanche » du genou. Notre diagnostic d'arthralgie hystérique se trouva confirmé un mois plus tard : la malade revint d'un de nos pèlerinages les plus en renom, subitement et absolument guérie.

X

DIFFORMITÉS ARTICULAIRES

On observe parfois, dans les jointures, des modifications permanentes qui altèrent leur forme et troublent leur fonction. Ces lésions peuvent survenir à la suite d'affections articulaires graves, — ce sont les *difformités acquises*; ou bien elles existent dès la vie intra-utérine et on les constate à la naissance, — ce sont les *difformités congénitales*.

1. — DIFFORMITÉS CONGÉNITALES

Les variétés en sont nombreuses, et l'on a décrit les *diastasis*, l'*ankylose*, l'*absence d'une surface articulaire* et les *luxations congénitales*. Nous n'étudierons pas ici les diastasis : on ne les rencontre

qu'au crâne et au niveau de la symphyse pubienne; c'est donc à propos des maladies des régions que l'histoire en sera tracée. L'ankylose est rare, bien qu'on en ait vu dans le tarse et dans le carpe; Philippe Boyer a trouvé, dans un cas, une fusion de toutes les surfaces articulaires de l'économie; presque toujours cette difformité s'accompagne d'anomalies graves. L'absence d'une extrémité articulaire est plus fréquente et les recueils scientifiques en relatent un certain nombre. Mais ces faits n'intéressent guère le chirurgien, impuissant pour les corriger. Nous ne nous occuperons ici que des luxations congénitales.

LUXATIONS CONGÉNITALES

On nomme ainsi les déplacements articulaires qui se produisent pendant la vie intra-utérine. — Certaines luxations survenues après la naissance sont considérées aussi comme congénitales, lorsqu'elles sont préparées par une malformation antérieure à l'accouchement.

Les luxations congénitales sont connues de toute antiquité : Hippocrate avait vu celle de la hanche et celle de l'articulation huméro-cubitale, nommée par lui « coude de belette ». Mais la question n'est mise sérieusement à l'étude que dans notre siècle, où paraissent les travaux de Dupuytren, de Delpech, de Sédillot, de Pravaz père et fils, de J. Guérin. Nous citerons encore la thèse de Robert sur les *Malformations congénitales*, la célèbre discussion en 1866 à la Société de chirurgie, les articles de Broca, de Verneuil, de Bouisson, de Chassaignac, de Trélat et de Valette.

Variétés. — Une classification est nécessaire, car on a confondu, sous le nom de luxations congénitales, des lésions articulaires qui doivent en être séparées.

Et, d'abord, rejetons le groupe des luxations *traumatiques* survenues au cours de l'accouchement et provoquées par des manœuvres maladroites. A. Paré et J.-L. Petit en ont signalé des exemples. Il est vrai que lorsque ces déplacements sont méconnus, ils peuvent en imposer plus tard, même à des chirurgiens instruits, et passer pour congénitaux; mais, pour excusable qu'elle soit, l'erreur n'en subsiste pas moins. Nous distrairons encore des luxations congénitales les déplacements articulaires étudiés par Verneuil, puis par Dally et par nous sous le nom de luxations *paralytiques*. Elles succè-

dent aux amyotrophies et peuvent, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges; mais elles sont principalement fréquentes dans l'enfance. La paralysie infantile qui détermine leur apparition se développe parfois avant que l'enfant marche : aussi confondra-t-on aisément ces luxations acquises avec des luxations congénitales.

Les véritables luxations congénitales comprendront trois catégories : dans une première, nous mettrons les cas étudiés par F. Martin et par Cruveilhier. Un traumatisme, une violence extérieure essuyés pendant la grossesse, ont provoqué, chez le fœtus, des lésions des jointures, des déplacements des surfaces articulaires. Ces luxations se produisent surtout lorsque l'utérus est étroit, qu'il y a peu de liquide amniotique. Les fortes pressions exercées sur le ventre pour cacher une grossesse illégitime doivent être assimilées aux traumatismes. Cette théorie trouve, semble-t-il, un sérieux appui dans le fait que les luxations congénitales de la hanche sont extrêmement fréquentes en Auvergne, dans les pays où l'on fait de la dentelle; les ouvrières demeurent une partie du jour pliées en deux, et l'utérus, lorsqu'il est gravide, est comprimé sur les cuisses.

La deuxième catégorie renferme les cas de luxation congénitale consécutifs aux maladies articulaires intra-utérines. Ces faits ne seraient point exceptionnels, si l'on en croit Parise, qui, sur 350 enfants morts à l'hôpital des Enfants-Assistés, en a trouvé 3 atteints de luxation congénitale de cet ordre; il y avait, dans la synoviale de la hanche, un épanchement séreux; les ligaments étaient distendus, le peloton adipo-celluleux de l'arrière-cavité cotyloïde était volumineux, la tête fémorale refoulée. Dans une observation de Broca, il existait de fausses membranes, et, dans un cas de Verneuil, on trouvait tous les signes d'une tumeur blanche intra-utérine.

La troisième catégorie, la plus importante, correspond à des malformations congénitales attribuées par Breschet et Robert à un arrêt de développement, à un vice ou à une absence dans l'évolution des points d'ossification normaux. Et, de fait, l'examen des surfaces articulaires montre une atrophie des épiphyses; la tête fémorale est aplatie ou en forme de gland de chien, son col est plus court, la cavité cotyloïde est effacée; à peine trouve-t-on une dépression triangulaire dont les bords sont affaîssés; le cartilage de revêtement

est en partie détruit; la capsule est distendue, étirée, en forme de sablier.

Mais nous ne saurions insister sans verser dans l'étude des luxations congénitales de la hanche, il est vrai, les plus fréquentes de toutes. Ajoutons seulement que les néarthroses sont rares, quoiqu'on en ait rencontré des exemples. Souvent les muscles péri-articulaires sont atrophiés, bien qu'on les trouve quelquefois normaux. On a constaté des malformations concomitantes, des spina-bifida, de l'hydrocéphalie, de l'encéphalocèle, un pied bot, une atrésie anale. Enfin il ressort de nombreuses statistiques que les déplacements congénitaux des jointures se rencontrent plus souvent chez la femme que chez l'homme; 5 fois sur 4, dit Broca.

Symptômes. — Nous ne saurions tracer un tableau clinique général des luxations congénitales; les signes de chacune d'elles sont trop dissemblables; ils dépendent surtout de la jointure, dont les surfaces sont déplacées, et la luxation de l'épaule ou du coude ne rappelle en rien celle de la hanche. Contentons-nous de dire que la luxation peut être *simple* ou *double*; qu'elle est souvent méconnue au moment de la naissance; que parfois elle ne s'accuse que lorsque l'enfant s'essaye à la marche ou veut se servir de ses membres supérieurs; l'articulation lésée n'obéit pas, ou obéit mal aux impulsions de la volonté.

Le *diagnostic* présente donc quelques difficultés, non pas qu'un examen attentif de la jointure puisse laisser quelque doute sur le déplacement, surtout au-dessous des muscles amaigris, mais il ne sera pas toujours aisé de savoir si la luxation est congénitale ou acquise. S'agit-il d'une malformation, d'une arthrite intra-utérine ou des suites d'une paralysie infantile? L'existence d'un état fébrile apparu après la naissance, l'atrophie de certains groupes musculaires, l'intégrité des groupes antagonistes, permettront parfois d'établir le diagnostic, ainsi que nous le dirons plus tard.

Traitement. — De vives discussions se sont élevées à ce sujet et les auteurs sont loin d'être d'accord. D'après quelques-uns, Pravaz père et fils entre autres, les luxations congénitales, du moins celles de la hanche, pourraient être heureusement modifiées et même guéries par un traitement — long et difficile, d'ailleurs. L'extension continue fut ensuite essayée comme plus simple; mais elle parut bientôt aussi inefficace que la méthode de Pravaz, et l'on n'avait plus guère

recours qu'aux appareils orthopédiques, lorsque Huëter, Mayer, Rose, puis Margary et Heusner proposèrent de recourir à une intervention chirurgicale; la résection articulaire fut pratiquée, elle a été régularisée par Hoffa. L'opération consiste à ouvrir la capsule articulaire et à décoller toute la partie molle du grand trochanter. Le fémur se laisse alors abaisser par forte traction, et l'on engage la tête dans le cotyle qu'il faut creuser quelquefois à la gouge et au maillet. Au-dessus du cotyle, le périoste iliaque est décollé et relevé en haut; cela fait une cavité adventice où restera la tête que les muscles libérés n'attirent pas en haut; puis le lambeau périostique est rabattu et suturé à la capsule. Les quelques opérés que nous avons vus me paraissaient avoir bien peu bénéficié de cette intervention délicate. Cependant Denucé communiquait récemment à la Société de chirurgie un cas où l'amélioration était notable.

2. — DIFFORMITÉS ACQUISES

Elles sont de deux ordres : nous étudierons d'abord les difformités caractérisées par le déplacement permanent des surfaces articulaires, les *luxations* dites *pathologiques*, provoquées ou rendues possibles par une altération des éléments constitutifs de la jointure ou des muscles avoisinants. La seconde catégorie correspond aux difformités survenues sans que les rapports des surfaces articulaires aient notablement changé; elle comprend certains *relâchements* dans les moyens d'union de la jointure, certaines *déviation*s et la classe importante des *ankyloses*.

LUXATIONS PATHOLOGIQUES

D'après la définition de Malgaigne, on nomme *luxations pathologiques* les déplacements articulaires préparés ou favorisés par un état morbide antérieur, qui a détruit ou du moins altéré les surfaces et les ligaments de la jointure, de telle sorte que le moindre effort suffise à provoquer le déboîtement. Elles ont été étudiées en 1886, dans le mémoire de Forgue et Maubrac.

Ces luxations, qu'on appelle encore *symptomatiques*, *spontanées*, *consécutives*, *graduelles* ou *secondaires*, ont été divisées en un grand nombre de variétés que Volkmann groupe en trois catégories :

1° les luxations par *relâchement des liens articulaires*; 2° les luxations par *destruction des extrémités osseuses*; 3° les luxations par *déformation des surfaces articulaires*. Ces diverses lésions peuvent se combiner. Ajoutons à ces variétés les luxations pathologiques signalées par Forgue et Maubrac; les luxations par tumeur de voisinage; les luxations par allongement inégal des deux os ou d'un membre; enfin les luxations professionnelles.

Nous subdiviserons notre premier groupe en deux variétés : le *relâchement articulaire* qui favorise la luxation est dû, dans le premier cas, à une affection des ligaments, de la capsule, de tous les tissus fibreux, moyens d'union passifs de la jointure; et, dans le second cas, à une altération, à une paralysie des muscles, moyens d'union actifs.

Les affections articulaires qui préparent la première variété sont nombreuses, et nous citerons en premier lieu les hydarthroses : un épanchement abondant sépare les deux surfaces osseuses et exerce une distension sur les ligaments qui cèdent. Une collection purulente détermine parfois des lésions semblables, mais il est rare alors qu'il n'existe en même temps une altération des cartilages et des os, altération qu'on retrouve dans les luxations spontanées qui accompagnent les tumeurs blanches.

L'influence des traumatismes sur le relâchement des liens fibreux est de moindre importance, et nous ne croyons guère « aux tractions prolongées » invoquées par A. Cooper, à l'action exercée sur la capsule par le poids du membre; du moins faudrait-il invoquer alors un « relâchement essentiel » des ligaments, un affaiblissement du tissu fibreux péri-articulaire signalé par quelques auteurs et dont on n'aurait pas dégagé la cause originelle. La seule influence traumatique déterminée est celle d'une entorse ou d'une luxation antérieure, mais la luxation nouvelle qui se reproduit à beau être « préparée », on la range encore dans la catégorie des déplacements traumatiques.

Nous avons vu que toute inflammation de la jointure retentit sur les muscles péri-articulaires pour provoquer un certain degré d'atrophie, et il est incontestable que notre première variété s'accompagnera des lésions de la seconde; il y aura concurremment distension ligamenteuse et paralysie, ou, du moins, parésie musculaire; certaines luxations subites survenues au cours de fièvres graves, surtout

pendant le rhumatisme articulaire aigu, montrent bien la succession des phénomènes. Verneuil, qui le premier a décrit ces luxations, en a donné une pathogénie rationnelle. La fluxion rhumatismale s'abat sur une articulation, la hanche ou le genou, les seules jointures où ces luxations aient été observées; le membre prend une attitude vicieuse; une flexion survient qui se rapproche de l'angle droit; les fléchisseurs, dont les insertions sont alors presque perpendiculaires aux leviers osseux qu'ils doivent mouvoir, ont une grande puissance, d'autant que leur intégrité est absolue : les lésions articulaires retentissent seulement, du moins au début, sur le groupe des extenseurs; au genou, le triceps atrophié est maintenant incapable de faire contrepoids à l'action devenue prépondérante des fléchisseurs : ceux-ci se contractent avec énergie, et la luxation est produite.

Dans ces cas, un léger degré d'hyarthrose a pu jouer un certain rôle, distendre les ligaments et aider au déplacement des surfaces, mais il faut incriminer les seuls muscles dans les luxations consécutives aux amyotrophies et que nous avons étudiées, après Verneuil, sous le nom de luxations paralytiques; elles peuvent survenir dans la première enfance, et on les a souvent confondues avec les luxations congénitales. Leur mécanisme est simple; voici ce qui se passe à la hanche, que nous prendrons comme exemple, l'articulation coxo-fémorale étant, en effet, le siège le plus habituel de ces déplacements :

Le processus paralytique frappe d'ordinaire les fessiers et surtout les pelvi-trochantériens, qui perdent leur tonicité. Les adducteurs et les fléchisseurs, désormais sans contrepoids, attirent en haut et en arrière la tête du fémur, qui refoule peu à peu la capsule et vient définitivement se loger dans la fosse iliaque externe. Le diagnostic n'est pas douteux : après la paralysie vient l'atrophie, et rien n'est plus facile que de sentir, presque sous les téguments, les surfaces articulaires déplacées. Donc, deux conditions sont nécessaires : d'une part, l'atrophie d'un groupe de muscles; de l'autre, l'intégrité du groupe antagoniste, car si tous les muscles sont paralysés, il y aura relâchement ligamenteux, mobilité excessive, mais pas luxation.

Les conditions du déplacement sont plus complexes dans les luxations subites du rhumatisme articulaire aigu; il faut, pour que les surfaces articulaires perdent leurs rapports normaux : 1° une atti-

tude vicieuse qui favorise l'action d'un groupe musculaire dont la tonicité est intacte; 2° la paralysie et l'atrophie d'un groupe musculaire antagoniste; 3° la perte de résistance des ligaments. La multiplicité des conditions pathogéniques nous explique la grande rareté de ces luxations.

L'histoire des luxations *par destruction des extrémités osseuses* se trouve liée à celles des tumeurs blanches. Chacun sait combien les auteurs en exagéraient autrefois la fréquence, et pour la coxalgie, les allongements, les raccourcissements apparents et réels étaient attribués à des déplacements spontanés de la tête fémorale. On a reconnu cette erreur et, au demeurant, les luxations sont rares. Elle se produisent lentement, graduellement d'ordinaire; cependant un effort, un traumatisme, peuvent brusquement la compléter. Elles s'accompagnent des lésions propres aux arthrites fongueuses et, comme symptômes appartenant en propre au déplacement, on a de la mobilité anormale, une déformation notable; mais le tissu lardacé péri-articulaire, les fongosités, les collections purulentes voilent parfois quelques-uns de ces signes. Si le processus destructif s'arrête, il peut se faire une néarthrose ou une ankylose dans une attitude vicieuse.

Les luxations qui tiennent aux *déformations des surfaces articulaires* sont plus rares. L'arthrite déformante en est la cause la plus habituelle. Pourtant on les observe aussi dans les arthrites consécutives aux lésions des centres nerveux, dans ces affections des jointures désignées en Angleterre sous le nom de « maladie de Charcot ». De toutes les arthrites nerveuses, l'arthrite des tabétiques est la plus fréquemment accompagnée de luxation spontanée. Mais dans ces luxations, chez les ataxiques, il y a usure des extrémités osseuses et destruction des épiphyses plutôt que déformation articulaire. En tous cas, nous ne reviendrons pas ici sur les ulcérations décrites plus haut et qui atteignent les épiphyses, les cartilages diarthroïaux, la synoviale; mais, suivant l'étendue des désordres, les déplacements seront complets ou incomplets; il y aura luxation ou simple déviation; parfois plusieurs jointures sont prises, les luxations sont multiples, et, dans ce cas, on les trouve souvent symétriques.

Le tableau clinique diffère suivant la variété de luxation et le processus pathologique qui a provoqué le déplacement. Nous ne saurions donc insister. De même pour le traitement, qui sera celui de la maladie primitive. Il faudra, autant que possible, main-

tenir les surfaces articulaires dans leur position primitive; s'il existe une inflammation de la jointure, on l'immobilisera dans une bonne attitude; si la luxation se produit, on la réduira et on mettra le membre dans un appareil inamovible; dans le déplacement des tumeurs blanches, l'extension continue rendra des services; dans les luxations paralytiques, on pourra retirer quelques bénéfices de l'électrisation. Mais trop souvent les déplacements sont au-dessus des ressources de l'art, et l'appareil orthopédique seul devra être utilisé.

La thérapeutique chirurgicale de ces luxations se subordonne à leur variété étiologique. Celles qui sont dues à un allongement inégal de deux pièces squelettiques associées en paires, dans un même segment du membre, avant-bras ou jambe, peuvent être traitées par l'ostéotomie cunéiforme de l'os prépondérant. Ollier, dans des cas semblables, a fait l'incision du cartilage conjugal d'un péroné dont le développement était trop considérable et provoquait une luxation du pied. Dans les luxations habituelles consécutives à des relâchements ligamenteux, on a pratiqué la résection, mais sans succès bien appréciable. Contre les « articulations branlantes » et les luxations paralytiques on a eu recours à l'arthrodèse; elle a pour but de produire une ankylose artificielle qu'on pourra provoquer lorsque l'électrisation des muscles péri-articulaires sera restée infructueuse.

b. — RELACHEMENTS DES JOINTURES

Lorsque les liens articulaires passifs et actifs, ligaments fibreux et muscles, sont distendus ou paralysés, les surfaces de la jointure s'abandonnent au moindre mouvement: on observe une mobilité extrême et l'on peut donner des attitudes anormales au membre dont la fonction est compromise. Ces relâchements sont provoqués par des traumatismes, entorses ou luxations habituelles, par des épanchements intra-synoviaux et surtout par la paralysie des groupes musculaires adjacents. Nous avons publié l'histoire d'un petit malade dont tous les muscles de la racine de la cuisse avaient été atrophiés par une paralysie infantile: la tête fémorale, sortie de la cavité cotyloïde, pouvait être luxée en tous sens.

c. — DÉVIATIONS

La paralysie d'un groupe musculaire permet au groupe antagoniste de donner au membre une inclinaison vicieuse, une attitude anormale; les contractures persistantes peuvent amener semblable résultat. Les déviations sont aussi provoquées par la déformation des surfaces articulaires, et on les observe dans l'arthrite sèche, le rhumatisme, noueux, la goutte, le rachitisme. Parfois le mode d'accroissement joue un rôle et les courbures, les inclinaisons du *genu valgum* tiennent à l'inégal développement des cartilages conjugués du fémur ou du tibia. Enfin les attitudes anormales ont pour cause des désordres des tissus péri-articulaires, des cicatrices vicieuses consécutives aux brûlures, aux ulcères étendus, aux pustules malignes, aux pertes de substance de toutes sortes.

d. — ANKYLOSES

On nomme *ankylose* l'immobilisation incomplète ou absolue des surfaces articulaires d'une jointure.

L'ankylose est *vraie* lorsque la perte des mouvements est due à une altération des parties constituantes de la jointure: os et cartilages, synoviale et ligament; elle est *fausse* lorsque l'impotence est provoquée par quelque désordre des tissus périphériques, muscles, tendons, tissu cellulaire et téguments.

Étiologie. — On a multiplié à l'infini les causes de l'ankylose, mais presque toutes peuvent être ramenées à l'inflammation. L'immobilisation prolongée des jointures, accusée par J.-L. Petit et si vivement incriminée après la thèse de Teissier, n'est point aussi coupable qu'on a voulu le dire: on trouverait dans les auteurs un grand nombre d'observations où des surfaces articulaires, privées de mouvement pendant plusieurs années, ont été trouvées intactes et aussi mobiles qu'au premier jour: lorsque l'une des deux articulations de la mâchoire inférieure s'ankylose, elle immobilise l'articulation saine; or, après un long temps, on a pu constater l'intégrité de cette dernière. Si donc, à la suite d'une fracture intra-articulaire ou péri-articulaire, la jointure, immobilisée dans un appareil, s'ankylose, c'est que le traumatisme aura produit une arthrite dont