

Les luxations sous-astragaliennes sont de quatre espèces : en avant, en dedans, en dehors, en arrière, suivant que l'astragale se porte avec les os de la jambe dans l'une ou l'autre de ces quatre directions.

1° LUXATION EN AVANT. On peut en faire trois variétés, suivant que l'astragale se porte directement en avant, obliquement en avant et en dehors, obliquement en avant et en dedans. Toutefois, comme les deux variétés obliques ont beaucoup de ressemblance avec les luxations latérales en dehors et en dedans, nous en ferons abstraction pour ne considérer que la luxation directe en avant.

La luxation en avant est incomplète, et alors elle est caractérisée par la saillie de la tête de l'astragale du côté de la face dorsale du pied ; ou bien elle est complète, auquel cas elle est causée par une chute sur la pointe du pied, et reconnaissable aux symptômes suivants : la tête de l'astragale, soulevant la peau très-fortement, est couchée sur la face supérieure du scaphoïde et des os cunéiformes ; on sent le col de l'os immédiatement en avant du tibia. La malléole interne est portée à deux centimètres et demi en avant de sa situation ordinaire ; le talon est donc allongé, et le tendon d'Achille, plus éloigné du tibia, décrit une concavité plus prononcée que du côté sain.

La réduction n'est pas toujours facile : Desault croyait que le principal obstacle est l'étroitesse de la déchirure de la capsule astragalo-scaphoïdienne ; Dupuytren, un engrenement des os, l'onglet tranchant qui termine l'astragale en arrière, s'engageant dans la rainure qui sépare les deux facettes articulaires du calcaneum.

Abandonnée à elle-même la luxation a souvent pour conséquence, et ceci est une complication commune à toutes les espèces de luxations de l'astragale, de déterminer une gangrène des téguments qui recouvrent l'os déplacé. Une fois les escarres éliminées, l'astragale exposé au contact de l'air se nécrose, ce qui entretient une suppuration prolongée.

Pour faire la réduction, il faut, la jambe étant fortement fléchie, exercer une impulsion sur la tête de l'astragale avec les pouces des deux mains, les autres doigts étant croisés sur le talon. Si ce moyen est insuffisant, on pratique l'extension sur le pied en se servant d'aides ou de moufle, la contre-extension sur le genou ; le talon est alors repoussé en avant, l'astragale et le tibia en arrière. En cas d'insuccès, on a obtenu quelquefois la réduction en faisant la section du tendon d'Achille. Si enfin le déplacement persiste, Dupuytren conseille de laisser l'astragale en place et de combattre les accidents inflammatoires, sauf à pratiquer ultérieurement l'extirpation de l'os, si celui-ci reste à découvert après l'élimination des escarres ; plusieurs chirurgiens ont adopté ce précepte.

2° LUXATION EN DEDANS. Elle est produite par des chutes sur le pied porté dans l'abduction et appuyant surtout du côté du talon, ou bien encore par un choc violent contre la partie externe de la jambe.

Le pied est projeté fortement en dehors, sans renversement des bords ni

de la plante ; l'axe du tibia est reporté en dedans et un peu en avant. En longeant le bord externe du pied on reconnaît le calcaneum et le cuboïde ; au-dessus de ces deux os se trouve une dépression considérable, à la place occupée dans l'état normal par la malléole externe et l'astragale. Au côté interne du pied existe la saillie de la malléole interne descendue vers la plante du pied ; au-dessous et en avant, une autre saillie plus prononcée formée par la tête de l'astragale. Sur la face dorsale du pied, on sent le bord postérieur du scaphoïde avec une dépression en arrière répondant au vide laissé par la projection de l'astragale en dedans.

Cette luxation se complique souvent d'une rupture des téguments, d'une fracture comminutive du calcaneum, de l'astragale ou du cuboïde.

Pour la réduction, on pratique la contre-extension sur le genou, une extension douce et directe sur le pied saisi par le talon et le métatarse, et on repousse le calcaneum en dedans. Si le col de l'astragale était arrêté par le bord interne du scaphoïde, il faudrait de plus attirer le pied en avant et le tibia en arrière. En cas d'insuccès, on aurait la ressource de la section du tendon d'Achille. Que si enfin la luxation est irréductible, on se comportera comme nous l'avons dit précédemment.

3° LUXATION EN DEHORS. Elle est produite par une chute violente sur le bord externe du pied, principalement vers le talon.

Le pied est renversé en dedans, le bord interne relevé, la plante tournée en dedans. La tête de l'astragale fait saillie en haut et en dehors sur le cuboïde ; le corps de l'os s'est porté en dehors avec la malléole externe ; au-dessous existe une dépression répondant à la fuite du calcaneum en dedans. En dedans du pied, la malléole tibiale est profondément cachée ; au-dessous se trouve une saillie allongée formée par le bord interne du calcaneum dont on reconnaît le crochet antérieur. Le cou-de-pied est élargi. En avant, la saillie du scaphoïde est plus rapprochée du calcaneum qu'à l'état normal. La pointe du pied est inclinée en dedans, le bord interne du membre est concave et raccourci de quinze à vingt millimètres ; le bord externe est convexe et allongé. Les mouvements actifs sont perdus, les mouvements communiqués possibles, l'abduction exceptée.

D'après Malgaigne, il y a quelques variétés dans le déplacement de l'astragale. La tête de l'os peut être en dehors, en haut et en avant sur la partie postérieure et interne du cuboïde ; ou bien elle est plus en dehors et en avant, de façon à faire relief sur le bord externe du pied, presque au niveau du cinquième métatarsien.

Pour la réduction, on pratique la contre-extension sur la partie inférieure de la jambe et l'extension sur le pied. L'astragale est repoussé en dedans, en arrière et en bas avec les pouces, en même temps que le bord externe du pied est relevé et la pointe ramenée en dehors.

4° LUXATION EN ARRIÈRE. Parise en a rapporté un cas dans lequel le déplacement a été le résultat d'une flexion forcée du pied sur la jambe. Les symptômes étaient les suivants : pied fléchi à angle droit sur la jambe,

avec la pointe un peu tournée en dedans, le bord interne un peu abaissé. Allongement apparent du pied en avant, par suite de la fuite des os de la jambe en arrière, au point que la malléole externe touchait presque le tendon d'Achille. Sur la face dorsale du pied, tendons extenseurs soulevés; au-dessous d'eux, absence d'une saillie arrondie; du côté externe, saillie osseuse appartenant à la tête de l'astragale, et au-devant de la saillie, dépression à enfoncer le doigt; le creux astragalo-calcanéen paraissait comblé (la luxation datait de neuf mois). En arrière, le talon était effacé, la jambe aplatie; la face postérieure du membre était interrompue au niveau et un peu au-dessous des malléoles par une saillie osseuse soulevant le tendon d'Achille et débordant le talon en arrière de plus d'un centimètre. Au-dessus de cette saillie s'en trouvait une autre moins prononcée formée par le rebord articulaire postérieur du tibia. Le membre était raccourci de quelques millimètres; tous les orteils fortement fléchis. Les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne persistaient en partie; ceux de torsion et de latéralité du pied étaient abolis.

#### XXV. LUXATIONS DOUBLES DE L'ASTRAGALE.

Ce sont celles dans lesquelles l'astragale perd toute espèce de rapports avec les os voisins, avec la mortaise tibio-péronière en haut, avec le creux calcanéo-scaphoïdien en bas. On les a désignées aussi sous le nom impropre de luxations *complètes* de l'astragale.

Il y en a six espèces : la luxation en avant, en dedans, en dehors, en arrière; par rotation de l'os sur place, par renversement de l'os.

1° LUXATIONS EN AVANT. On en a distingué trois variétés suivant que l'astragale se porte directement en avant, obliquement en avant et en dehors, ou en avant et en dedans. Pour les raisons énoncées à l'article précédent nous n'envisagerons ici que les luxations directes en avant.

Elles sont produites par une extension forcée du pied. Elles offrent les caractères suivants : le dos du pied est dirigé en dehors, le bord externe tourné en bas. Le calcaneum répond par sa partie interne à l'extrémité inférieure du tibia, le tendon d'Achille est porté en arrière du péroné. L'astragale fait une saillie considérable sous la peau, au-devant du tibia, et est appuyé sur le scaphoïde et le premier cunéiforme.

Pour réduire la luxation, on pratique l'extension sur le pied que l'on porte dans la flexion, en repoussant l'astragale en arrière. Quelques chirurgiens veulent que l'on renonce à toute tentative de réduction de prime abord, et que l'on fasse l'extirpation de l'astragale; d'autres réservent au contraire cette opération pour les cas où la luxation n'ayant pu être réduite, les téguments qui recouvrent l'os se gangrènent.

2° LUXATIONS EN DEDANS. Elles sont produites par une chute de haut avec torsion du pied en dehors.

Le pied est projeté en dehors, sans être dévié. Le calcaneum porté lui-même en dehors masque la malléole externe; au-dessous de celle-ci existe un vide énorme dans lequel on peut refouler les téguments et qui se prolonge un peu en avant sous le tibia. En dedans, la malléole interne fait saillie, et au-dessous de cette apophyse se trouve une large surface osseuse, soulevant fortement la peau, et facile à reconnaître pour la poulie astragaliennne *ournée tout à fait en dedans*. Le sommet de la malléole externe est fortement arc-bouté contre la surface externe de l'astragale *devenue supérieure*.

Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, il se forme rapidement une escarre au niveau du point où la peau est soulevée par l'astragale.

La réduction se fait en pratiquant la contre-extension sur la cuisse, l'extension sur le talon et l'avant-pied, et en pressant avec les pouces sur le bord supérieur de l'astragale déplacé. Si elle est impossible, on se comporte comme nous l'avons dit précédemment.

3° LUXATIONS EN DEHORS. Elles sont le plus souvent accompagnées d'une déchirure des téguments au-dessous de la malléole externe. Par cette déchirure sort l'astragale à demi renversé, de manière à présenter sa poulie en dehors. Dans un cas de luxation exempte de plaie et rapporté par Dupuytren, le pied était dans l'adduction forcée, la plante regardant en dedans. La malléole externe faisait en dehors une forte saillie, au-dessous de laquelle on sentait une *autre saillie inégale, anguleuse, continue avec une troisième saillie arrondie en avant*. La malléole interne était déprimée.

4° LUXATIONS EN ARRIÈRE. Il en existe trois variétés : la luxation directe en arrière, la luxation oblique en arrière et en dehors, en arrière et en dedans. Il n'existe qu'un seul exemple de chacune des deux dernières variétés : la première a été vue un certain nombre de fois, et voici de quels symptômes elle était accompagnée :

Le pied nullement dévié paraissait un peu raccourci en avant, parce que les os de la jambe s'étaient un peu portés dans ce sens; le calcaneum était à sa place. Au-dessus de lui se trouvait une forte saillie osseuse entre le tibia et le tendon d'Achille, formée par l'astragale dont la face supérieure était tournée en avant et l'inférieure en arrière. Au-devant du tibia se trouvait une dépression correspondant à la fuite de l'astragale.

5° LUXATIONS PAR ROTATION SUR PLACE. Elles ont été vues par Laumonier, Thierry, Foucher. L'astragale décrit sur son axe *vertical* un mouvement de rotation qui porte la tête de l'os en dedans, pendant que la poulie astragaliennne reste placée transversalement sous la mortaise tibiale. Chez le malade de Thierry, le mouvement de rotation était plus étendu, et l'extrémité postérieure de l'astragale était située entre le calcaneum, le cuboïde et le scaphoïde.

6° LUXATIONS PAR RENVERSEMENT. Elles ont été observées par Boyer,

Dupuytren, Liston, etc. Ici l'astragale décrit sur son axe *antéro-postérieur* un mouvement de rotation équivalent à un demi-cercle ou à un quart de cercle. Dans le premier cas, le renversement est *complet*; la face supérieure de l'os regarde en bas, la face interne en dehors. Dans le second, la face supérieure regarde en dehors ou en dedans, suivant que le renversement a lieu dans l'un ou l'autre de ces deux sens.

Les luxations sous-astragaliennes et les luxations doubles de l'astragale sont souvent accompagnées d'une plaie des téguments, avec issue de l'os à travers la solution de continuité. Si la luxation est double, il faut extraire l'astragale, ou en réséquer la tête; si elle est sous-astragalienne et que l'os ait conservé une grande partie de ses attaches avec le calcanéum, on peut tenter la réduction; si elle échoue, on fait l'extirpation de l'astragale. Dans ces divers cas, on maintient le membre dans l'appareil des fractures de la jambe. Pour prévenir des phénomènes inflammatoires intenses, on pratique des irrigations continues d'eau dégoûdée.

Lorsque ces luxations sont accompagnées de délabrements considérables, il est préférable de pratiquer l'amputation immédiate de la jambe; il en est de même lorsqu'elles sont compliquées d'une fracture comminutive des os du pied et de la jambe avec dénudation et confusion profonde; ou bien encore lorsque de vastes épanchements sanguins, des décollements de la peau, rendent inévitable une suppuration de mauvaise nature.

#### XXVI. LUXATIONS DES AUTRES OS DU TARSE.

Ces luxations sont tellement rares, qu'elles n'offrent qu'un intérêt secondaire. Nous nous contenterons de les mentionner.

1° Le *calcaneum* a été trouvé luxé sur le cuboïde en divers sens: ainsi en haut du cuboïde et en dehors de l'astragale; ou bien en dedans du cuboïde et en dehors de l'astragale; ou bien enfin en dehors du cuboïde avec une luxation concomitante de l'astragale en avant et en dehors.

2° Les os de la *seconde rangée du tarse* peuvent se déplacer sur ceux de la *première rangée*, les os de chaque rangée conservant leurs connexions primitives, ainsi que le prouvent les faits observés par J.-L. Petit et A. Cooper. Il y a donc des luxations *médio-tarsiennes*.

3° Le *scaphoïde* a été vu séparé en avant des cunéiformes et conservant ses rapports avec l'astragale; ou bien complètement séparé de tous les os avec lesquels il s'articule.

4° Les *os cunéiformes* ont été luxés ensemble du côté de la face dorsale du pied; le *premier cunéiforme* a été déplacé avec le premier métatarsien, ou bien complètement séparé de tous les os avec lesquels il s'articule.

#### XXVII. LUXATIONS TARSO-MÉTATARSIENNES.

Tantôt le métatarse tout entier se luxe sur le tarse, tantôt le déplacement est borné à un ou à plusieurs métatarsiens. Il y a des exemples de

luxation isolée du quatrième métatarsien (Malgaigne), du premier métatarsien (Liston), du deuxième métatarsien (Brault), de luxation simultanée des deux derniers métatarsiens (Monteggia), ou des trois premiers (Laugier), ou des deuxième, troisième et quatrième (Malgaigne), ou des quatre premiers (Malgaigne).

Les déplacements du métatarse en *totalité* se font en quatre sens différents: en haut, en bas, en dehors, en dedans. Les premiers sont les plus fréquents, à tel point qu'il n'existe, au rapport de Malgaigne, qu'un seul fait de luxation en *bas* observé par Smyly; deux faits de luxation en *dehors*: l'un de Laugier, l'autre de Lacombe; le premier avec fracture du deuxième métatarsien, le second avec luxation préalable du deuxième métatarsien en haut; il faut ajouter à ce tableau une observation de luxation du métatarse en *dehors*, rapportée plus récemment (1866) par le docteur Mignot-Danton; enfin une seule observation de luxation en dedans due à Kirk. Il ne sera donc question que des luxations en *haut*.

Ces luxations offrent elles-mêmes deux variétés, suivant que le premier métatarsien se déplace avec les autres métatarsiens, ou qu'il reste uni au premier cunéiforme *fracturé* ou luxé. Elles sont produites par le passage d'une roue de voiture sur le pied, par le choc d'un corps lourd sur le membre, par des chutes sur le pied. Elles sont caractérisées par les symptômes suivants:

Le dos du pied est plus bombé; les cinq métatarsiens forment sur le tarse une saillie plus prononcée en dedans qu'en dehors, avec un rebord concave interrompu par la saillie plus prolongée du deuxième métatarsien; en arrière de la saillie existe une dépression plus ou moins profonde. La plante du pied est aplatie ou un peu bombée; le pied plus ou moins raccourci d'après le degré de chevauchement des os. Les tendons extenseurs soulèvent la peau; les orteils sont dans l'extension. Quand il existe en même temps une luxation du premier cunéiforme sur le scaphoïde, et que le cunéiforme s'est déplacé en haut avec son métatarsien correspondant, la saillie du deuxième métatarsien paraît moins prononcée, parce qu'elle est dépassée en dedans et en arrière par celle du cunéiforme. Quelquefois la pointe du pied est fortement tournée en dedans, ou bien l'avant-pied est tordu en dedans.

La luxation est quelquefois moins simple que nous ne l'avons supposée jusqu'ici. Ainsi, dans un cas où la dissection du pied a été faite par Mazet, ce médecin a trouvé les trois métatarsiens du milieu chevauchant sur les os du tarse; le cinquième métatarsien isolé des autres et déjeté en dehors du cuboïde; le premier métatarsien luxé en dedans du cunéiforme. Dans un autre cas dû à R.-W. Smith, le second métatarsien était remonté jusque sur le col de l'astragale.

Pour réduire la luxation, il faut pratiquer l'extension sur le métatarse, et exercer avec le pouce une pression sur l'extrémité luxée des métatarsiens.

Dans un cas de *luxation du deuxième métatarsien en haut et en arrière*, où

ce procédé de réduction ne réussit pas, Brault employa avec succès la manœuvre suivante : après avoir matelassé la plante du pied, il passa comme un sous-pied, avec une forte bande qu'il fixa à la pièce supérieure d'un tourniquet. Entre la face dorsale du pied et la pelote, il plaça un petit cylindre de bois dur, de trois centimètres de haut, garni de charpie, qu'il appuya contre la tête de l'os luxé, dans une direction oblique d'arrière en avant, parallèlement à l'axe du tibia; puis, faisant agir la crémaillère, il obtint une force assez puissante, aidée de la pression des doigts, pour ramener presque entièrement l'os à sa place. Il suffit alors d'une pression un peu forte, dans une direction perpendiculaire à l'axe du pied, pour obtenir la réduction complète.

#### XXVIII. LUXATIONS DU GROS ORTEIL.

Les articulations métatarso-phalangiennes autres que celles du grand orteil sont rarement le siège de luxations. A. Cooper a vu une luxation des quatre derniers orteils en haut et en arrière; Pailloux, une luxation des cinq orteils; Josse, une luxation de tous les orteils en dehors avec issue de la tête du premier métatarsien au côté interne de l'articulation.

Les luxations du gros orteil sont la conséquence d'une chute sur le pied, d'un choc contre le bout de l'orteil, du passage sur le pied d'une roue de voiture.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, la première phalange de l'orteil s'est portée vers la face supérieure du premier métatarsien. Ce déplacement est d'ailleurs tantôt complet, tantôt incomplet.

La luxation *complète* est caractérisée par les signes suivants : l'extrémité postérieure de la phalange fait sur la face dorsale du métatarsien une saillie de près de deux centimètres avec une dépression en arrière; on peut sentir à travers les téguments la cupule articulaire de la phalange en *entier*; la tête du métatarsien fait saillie du côté de la plante du pied; l'orteil est raccourci; la pointe en est inclinée en dehors; les mouvements volontaires en sont impossibles.

Dans la luxation *incomplète*, la saillie de la phalange sur le métatarsien est moindre, le raccourcissement de l'orteil peu prononcé.

Les luxations du gros orteil sont quelquefois compliquées d'une déchirure des téguments au côté interne de l'article, et de l'issue par cette ouverture de la tête du premier métatarsien.

La réduction peut offrir de grandes difficultés, ce qui a été attribué à la présence des os sésamoïdes, à l'étranglement de la tête du premier métatarsien par une boutonnière formée aux dépens du ligament latéral interne en dedans et du tendon du court fléchisseur en dehors. On a du reste employé les mêmes procédés que pour la réduction des luxations du pouce (p. 522) : l'impulsion ou glissement, l'extension seule sur l'orteil, l'extension combinée avec l'impulsion exercée sur la tête de la phalange. Dans les cas rebelles, on a pratiqué, mais inutilement, la section sous-cutanée des tendons extenseurs et du ligament latéral interne. Lorsque la réduction ne

peut être obtenue, il se forme parfois des escarres sous la plante du pied, et la tête du premier métatarsien mise à découvert s'exfolie consécutivement. Ce cas rentre dans la catégorie de ceux où la luxation du gros orteil est accompagnée d'une plaie et de l'issue du premier métatarsien à travers les téguments. Cette complication est sérieuse; elle donne lieu à des phlegmons et à des abcès de la région métatarsienne; quelquefois à une gangrène de la peau, ou bien à des phénomènes d'infection purulente. Pour prévenir ces accidents, on a conseillé de faire la réduction, dût-on débrider la plaie pour y arriver. Cette pratique est généralement préférée à la résection de la tête luxée.

#### DES LUXATIONS CONGÉNITALES.

Il faut réserver ce nom aux déplacements articulaires qui ont leur point de départ durant la vie intra-utérine. Elles existent à un degré plus ou moins prononcé, lorsque l'enfant vient au monde.

Les luxations congénitales ne sont pas rares : elles se montrent le plus souvent au pied, où elles constituent les différentes espèces de *pied bot*, difformité qui à elle seule est plus commune que toutes les autres luxations congénitales réunies; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les luxations congénitales de l'articulation coxo-fémorale, de l'extrémité supérieure du radius, de l'articulation huméro-cubitale, de la fémoro-tibiale; les autres jointures sont très-rarement atteintes.

**Causes.** Toutes celles que nous avons indiquées, en traitant des anomalies en général (p. 4) et des anomalies articulaires (p. 449), ont été indiquées pour expliquer la production des luxations congénitales. Dans un certain nombre de cas, on est forcé d'admettre l'influence de l'hérédité : A. Paré, Zwinger, Vital, Maissiat, Marjolin, Duval en ont rapporté des exemples incontestables.

Le plus souvent elles sont dues à une *lésion des centres nerveux*, lésion qui a produit d'abord la contracture, puis la rétraction musculaire (J. Guérin). D'autres fois ces luxations sont la conséquence d'une *affection articulaire* survenue dans le cours de la vie intra-utérine : la mollesse, le relâchement de tout l'appareil ligamenteux (Sédillot); des hydarthroses (Malgaigne, Parise); un gonflement du tissu adipeux cotyloïdien qui remplit plus ou moins la cavité après en avoir chassé la tête du fémur (Paletta, Parise). L'inflammation semble jouer un grand rôle dans la production de ces lésions; elle ne se borne pas toujours à produire un épanchement dans l'articulation, elle est parfois assez vive pour déterminer soit la suppuration, comme l'ont vu Treilhard, La Terrisse, dans les genoux, les hanches, l'épaule, soit le ramollissement des épiphyses articulaires, ainsi que l'a démontré Parise.

F. Martin considère comme cause des luxations congénitales la *pression* exercée sur le fœtus par l'utérus trop peu dilaté. Bruchener, Cruveilhier, Chaussier, invoquent l'*attitude vicieuse* du fœtus dans l'utérus, d'où résultent des pressions exagérées exercées par les membres les uns sur les autres, ou par l'utérus sur les membres. Kleeberg, Chatelain, rapportent des faits

propres à démontrer l'influence de *chutes faites pendant la grossesse, de coups reçus sur l'abdomen.*

Sans vouloir nier d'une manière complète l'action de ces diverses causes, il faut convenir que les exemples rapportés en faveur de chacune d'elles ne sont ni assez nombreux ni assez précis pour qu'on soit en droit d'en tirer une conclusion certaine.

Les luxations produites par les *efforts de l'accoucheur* pendant une parturition difficile, dont A. Paré, Smellie, Chaussier, Capuron, etc., ont rapporté des exemples, ne doivent pas être considérées comme congénitales; ce sont des luxations *traumatiques* qui ne diffèrent en rien, au point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement, de celles qui surviennent à un âge plus avancé.

**Symptômes. Marche. Terminaisons.** A la naissance, les déplacements articulaires sont le plus souvent peu prononcés; la luxation est encore incomplète et la réduction se fait avec la plus grande facilité; on observe rarement la déformation complète d'une articulation, la contracture et la rétraction des muscles avoisinants. A mesure que l'enfant avance en âge, la luxation devient plus prononcée par suite de l'action musculaire dont la puissance augmente; d'autre part, le membre dévié ne se trouvant plus dans des conditions aussi favorables au développement que son congénère, est frappé d'une atrophie plus ou moins considérable dans toute sa longueur, bien que cette atrophie soit d'autant plus sensible que l'on se rapproche davantage de l'articulation malade. En même temps survient une roideur articulaire d'autant plus prononcée que les mouvements de l'articulation sont plus restreints; les muscles condamnés à l'inaction ne tardent pas à se rétracter. Plus tard, surtout quand l'affection est abandonnée à elle-même, les mouvements articulaires sont abolis, et les muscles se rétractant de plus en plus finissent par ne plus être que des cordes rigides offrant une résistance invincible.

Dans quelques cas, très-rarement il est vrai, on a vu des luxations congénitales guérir par les seuls efforts de la nature; Laugier, Bouvier en ont rapporté des exemples.

**Anatomie pathologique.** Toutes les parties constituantes des articulations peuvent être atteintes simultanément; d'autres fois l'altération morbide ne porte que sur quelques-unes d'entre elles. Le plus souvent les ligaments sont plus lâches, plus minces que dans l'état normal; les surfaces articulaires déformées; les têtes osseuses aplaties, allongées, les cavités qui les reçoivent amoindries dans leur capacité. Quelquefois on constate la diminution du liquide synovial; d'autres fois, au contraire, ce liquide est plus abondant, et l'on a même signalé des cas où il avait fait place à un liquide sanieux ou purulent. On a vu les membranes synoviales devenues blanchâtres, comme lavées, épaissies, recouvertes de fausses membranes.

**Diagnostic.** Les luxations congénitales sont fort souvent méconnues, parce que, au moment de la naissance, on néglige généralement d'examiner chaque articulation en particulier afin de s'assurer si toutes jouissent de la plénitude de leurs mouvements. Les commémoratifs seuls formant la

base du jugement, il est facile de concevoir à quelles erreurs on est exposé. Telle luxation produite par un coup, une chute, un traumatisme quelconque, est réputée congénitale par cela seul qu'une personne intéressée à cacher l'accident affirme que l'affection remonte aux premiers jours de la vie; tandis que dans d'autres cas on attribue à un accident une luxation en réalité congénitale.

Le diagnostic doit donc être réservé. Cependant toutes les fois que, l'affection remontant à la première enfance, on trouve les deux membres congénères atteints de luxation, alors même que celle-ci ne s'est pas faite dans le même sens aux deux jointures; ou bien quand le sujet présente, indépendamment de la luxation, d'autres anomalies de la tête, du tronc, des membres, on peut affirmer, avec grande chance de certitude, que la luxation est réellement *congénitale*.

On distingue une luxation congénitale d'une luxation produite pendant les *manœuvres de l'accouchement*, en ce que cette dernière est beaucoup plus rare, que des tractions violentes ont été exercées sur le membre, pendant la parturition, que le membre déplacé ne présente ni atrophie, ni rétraction musculaire, ni déformation des surfaces articulaires; qu'on opère et qu'on maintient la réduction du membre luxé bien plus facilement que dans la luxation congénitale.

**Pronostic.** Certaines luxations congénitales ne constituent qu'une difformité à peine apparente; d'autres, au contraire, privent plus ou moins complètement le sujet de l'usage du membre; sous ce dernier rapport, la gravité de l'affection dépend surtout du siège. Les chances de curabilité sont d'autant plus grandes que le sujet est moins avancé en âge, parce que la réduction est d'autant plus facile qu'on se rapproche de la naissance.

**Traitement.** Il comporte les mêmes indications que les luxations traumatiques: réduire et maintenir réduit. Les moyens qui ont été mis en usage pour arriver à ce résultat seront examinés dans l'article suivant. Bornons-nous à faire remarquer, que lorsqu'on ne juge pas convenable de faire des tentatives de réduction, il faut conseiller l'usage d'un appareil qui, tout en empêchant le déplacement de faire des progrès, favorise les mouvements du membre.

Parmi les luxations congénitales examinées en particulier, nous ne nous occuperons que des luxations coxo-fémorales; celles du pied (pieds bots) seront examinées ultérieurement (voy. *Maladies du pied*).

**Anatomie pathologique.** La luxation de la tête du fémur s'opère ordinairement dans la *fosse iliaque externe*; les autres genres de déplacements n'ont été rencontrés que sur des fœtus monstrueux.

Les altérations de l'articulation coxo-fémorale varient d'après l'âge du sujet: chez le fœtus et pendant la première enfance, la cavité cotyloïde conserve les dimensions normales; il existe une dépression du bourrelet