

cotyloïdien à la partie supéro-externe, de façon à représenter un commencement de cavité de nouvelle formation ; il y a donc à cette période une *subluxation* plutôt qu'une luxation. Le fond du cotyle est quelquefois rempli d'une masse plus ou moins volumineuse de tissu graisseux ; la tête du fémur est à peine déformée ; elle présente un léger aplatissement dans le point correspondant à l'os iliaque. La capsule articulaire est allongée, repoussée vers la fosse iliaque par la tête du fémur qu'elle sépare du bassin ; le ligament rond est allongé ; la synoviale renferme souvent une grande quantité de liquide.

A une période plus avancée de la vie, la tête du fémur s'éloigne de plus en plus de la cavité cotyloïde, la luxation devient complète. Alors on trouve la cavité cotyloïde (CA) rétrécie à un degré plus ou moins prononcé, par du tissu adipeux ou cartilagineux, jamais oblitérée. La tête du fémur (TF) a notablement diminué de volume ; elle est quelquefois complètement atrophiée, ce qu'on a expliqué par la destruction du ligament rond qui soutient les vaisseaux nourriciers de la tête, les autres vaisseaux qui proviennent du col n'arrivant pas à la tête tant que le cartilage épiphysaire n'est pas ossifié. Le col du fémur est raccourci, le plus souvent abaissé ; la capsule articulaire, allongée graduellement, présente un rétrécissement à la partie moyenne ; parfois elle est atrophiée, perforée (fig. 124), et la tête du fémur s'engageant par cette ouverture se trouve en contact direct avec l'os iliaque sur lequel elle se creuse une dépression ou une cavité nouvelle (CN), absolument comme dans les luxations traumatiques. Il s'établit une fausse articulation entre les surfaces osseuses contiguës. Le ligament rond est aminci, allongé. Les muscles qui entourent l'articulation sont les uns relâchés, les autres tendus ; cela résulte de la nouvelle situation prise par la tête du fémur qui rapproche certaines insertions musculaires et en éloigne d'autres. Les muscles condamnés à l'inaction s'atrophient ou subissent la dégénérescence graisseuse ; ceux qui sont tendus se convertissent partiellement en tissu fibreux.

Le bassin subit aussi des déformations qui paraissent être la conséquence des tractions exercées sur les pièces osseuses qui le composent par les muscles pelvi-trochantériens tendus ; cette circonstance est digne d'attirer l'attention des accoucheurs. Enfin tout le squelette du membre luxé s'atrophie aussi bien en longueur qu'en épaisseur.

Causes. Nous les avons exposées précédemment (p. 561). Ajoutons que

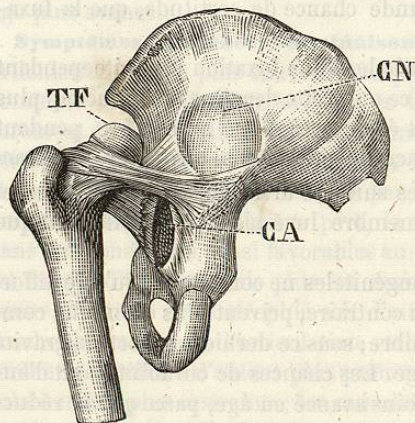


Fig. 132. Luxation iliaque congénitale chez un jeune sujet. (Musée Dupuytren.)

Breschet a invoqué pour les luxations congénitales de la hanche l'arrêt de développement de la cavité cotyloïde, hypothèse qui ne s'accorde guère avec l'examen des pièces pathologiques.

Symptômes. Ils ne diffèrent pas de ceux qui appartiennent à la luxation iliaque traumatique (p. 531). La cuisse est dans la rotation en dedans, avec adduction et flexion légère ; elle tend, dans la station debout, à venir croiser celle du côté opposé. La jambe tend à se porter en dehors et forme avec la cuisse un angle plus ou moins ouvert en dehors, d'où résulte une saillie exagérée du genou à sa face interne. Le membre est raccourci plus ou moins, d'après l'étendue du déplacement de la tête du fémur ; on peut allonger le membre, en exerçant sur lui une traction directe de haut en bas. De la différence de longueur du membre luxé et du membre sain résulte que, dans la station debout, la hanche du côté correspondant à la luxation est plus abaissée que celle du côté sain (fig. 133) ; que pour rétablir l'équilibre de tout le corps, la colonne vertébrale s'infléchit vers le côté sain, le tronc se renverse en arrière, la région lombaire s'excave à la partie postérieure, et l'abdomen est un peu proéminent ; que le pied du membre luxé est le plus souvent dans l'extension forcée ; lorsqu'au contraire le sujet appuie sur le sol par toute la plante du pied, il fléchit le membre sain au niveau du genou (fig. 133). Il existe au pli de l'aîne un vide causé par le retrait de la tête du fémur. Le pli de la fesse est plus élevé ; le grand trochanter est plus saillant, plus rapproché de la crête iliaque. Il existe une saillie et une rondeur inaccoutumées de la partie supérieure et latérale de la fesse qui est déprimée en arrière et en bas. La tête du fémur forme en arrière de la fesse une tumeur dure, arrondie, qui se déplace pendant les mouvements de la cuisse. On peut, par le même procédé de mensuration que pour les luxations iliaques traumatiques (p. 532), s'assurer du degré de projection du sommet du grand trochanter en arrière de la ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité sciatique. Tout le membre du côté luxé est plus grêle que le membre du côté sain. Les mouvements de rotation, d'adduction et d'extension de la cuisse luxée ne diffèrent pas de l'état normal ; le mouvement d'abduction est limité ; celui de flexion est très-étendu.

La marche s'exécute de la façon suivante : le tronc s'infléchit d'abord

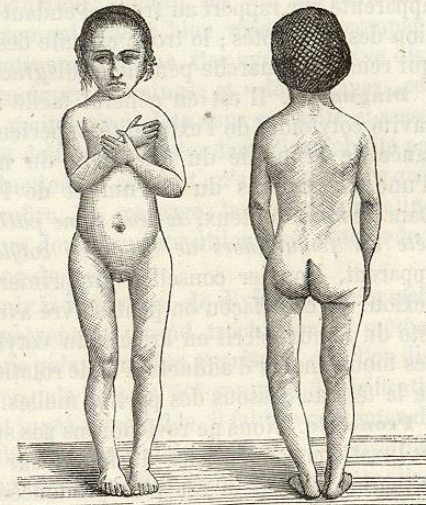


Fig. 133. Luxation iliaque congénitale du côté droit, chez une fille de onze ans, vue par la face antérieure et par la face postérieure du tronc.

vers le membre luxé ; il y a un mouvement d'abaissement et d'élévation alternatif de la hanche, un balancement de tout le tronc. Le sujet progresse tantôt sur l'extrémité du pied, tantôt sur toute la face plantaire ; il ne tarde pas à éprouver de la fatigue et de la douleur dans la hanche, lorsqu'il prolonge la marche. Pendant la course et la danse il dissimule la claudication ; il lui est impossible de faire le saut à cloche-pied sur le membre luxé.

Nous avons supposé jusqu'ici une luxation *unilatérale* ; lorsque la luxation existe des deux côtés, les deux membres sont placés symétriquement par rapport au bassin ; ils ont la même longueur et le même développement ; mais l'ascension de la tête du fémur sur l'os iliaque raccourcissant d'une manière absolue les deux membres, ceux-ci présentent une brièveté apparente par rapport au tronc. Pendant la marche, il existe une claudication des deux côtés ; le tronc exécute des oscillations de côté et d'autre, ce qui rend la démarche pénible et disgracieuse.

Diagnostic. Il est en général facile : des vices de conformation de la cavité cotyloïde, de l'extrémité supérieure du fémur, une atrophie simultanée de la moitié du bassin et du membre abdominal, une atrophie d'une des moitiés du sacrum et de l'os iliaque, peuvent en imposer. Dans les cas douteux, *le seul signe pathognomonique est la présence de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde.* Pour rendre ce signe plus apparent, Bouvier conseille d'imprimer à la cuisse des mouvements de flexion ; de cette façon on peut suivre avec les doigts l'arc de cercle que la tête du fémur décrit en arrière du cotyle ; en faisant exécuter au membre des mouvements d'adduction et de rotation en dedans, on exagère la saillie de la tête au-dessous des parties molles.

Pronostic. Nous ne reviendrons pas sur l'influence fâcheuse qu'exercent les luxations congénitales du fémur sur le travail de la parturition ; la déformation du bassin est plus prononcée dans la luxation unilatérale. Au point de vue de la curabilité, ces luxations sont d'autant moins difficiles à réduire que le sujet est plus jeune.

Traitement. Jusque dans ces dernières années, le traitement des luxations congénitales de la hanche a été palliatif. On avait remarqué que la claudication était d'autant plus prononcée que la faiblesse musculaire est plus grande ; pour y remédier, on conseillait les bains froids, les frictions stimulantes, l'exercice modéré. Jalade Lafond et V. Duval essayèrent les premiers d'obtenir la réduction par l'*extension continue* ; leurs tentatives furent infructueuses. Vers 1835, Humbert de Morlay fit connaître cinq exemples de guérison : dans un cas la réduction fut complète au bout de cinquante-cinq minutes ; dans les autres au bout de trois à quatre jours ; dans un cas seulement après soixante-quinze jours ; elle s'opéra toujours sans douleur ; pour empêcher une récurrence, les sujets restaient pendant longtemps soumis à l'extension continue, peu à peu on permettait un exercice modéré. Le traitement complet durait plus d'un an. La réduction avait-elle lieu en effet ? Richard, de Nancy, et plus tard Pravaz ont pensé que l'extension ne faisait que *convertir une luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, en une luxation dans l'échancrure sciatique.* Bouvier sou-

tenait, de son côté, que l'allongement du membre n'était qu'apparent et qu'il dépendait d'un abaissement du côté correspondant du bassin. Pravaz continua ses tentatives, et il obtint des succès réels : le malade est soumis à une extension préparatoire durant quatre à six mois. L'extension se fait sur la jambe étendue, au moyen de poids variant de deux à vingt-quatre kilogrammes, pendant qu'on opère une contre-extension au périnée et sous les aisselles. Quand la tête du fémur se trouve presque ramenée au niveau de sa cavité, on procède à la réduction ; un aide tire sur la jambe avec une moufle, pendant que le chirurgien, repoussant d'une main le trochanter en bas et en dedans, porte le membre dans une forte abduction. La luxation a la plus grande tendance à se reproduire, et il est nécessaire de répéter plusieurs fois ces manœuvres de réduction ; bientôt on voit survenir de la douleur à l'aîne, avec un mouvement fébrile bien marqué accompagné quelquefois de dysurie ou d'incontinence d'urine. Ces symptômes se dissipent d'eux-mêmes au bout de quelques semaines ; et selon Pravaz, cette inflammation est nécessaire pour maintenir la tête dans sa cavité et resserrer la capsule articulaire. Le sujet doit encore rester dans l'immobilité pendant cinq à six mois après la réduction, et ce n'est qu'après ce temps qu'on peut commencer à exercer le membre. Le massage, les douches alcalines, l'électro-puncture deviennent alors de sadjuvants utiles pour obtenir le rétablissement complet des fonctions du membre.

J. Guérin conseille, pour obtenir la réduction, de diviser par une *section sous-cutanée* les muscles qui s'insèrent au grand trochanter et même la capsule fibreuse. Malgaigne affirme qu'aucune des guérisons, que l'on disait avoir été obtenues par ce moyen, n'a jamais été soumise à vérification.

Dans les cas où la réduction est jugée impossible, il faut se contenter d'un traitement palliatif : bains froids, frictions stimulantes ; on conseille au malade l'usage d'une ceinture serrée autour du bassin entre la crête iliaque et le grand trochanter, ayant deux à trois travers de doigt de large, munie de goussets pour embrasser les trochanters, et retenue par des sous-cuisses.

ARTICLE III.

Inflammation des articulations.

Cette inflammation, désignée sous le nom d'*arthrite*, se montre sous la forme *aiguë* ou *chronique*.

I. ARTHRITE AIGUE.

Causes. Il faut citer en premier lieu les blessures des articulations : mouvements forcés, contusions, plaies ; dans ce cas l'arthrite est dite *traumatique*. Chez d'autres sujets, la phlegmasie se développe après un refroidissement produit par un courant d'air ou par le contact de l'humidité, après une suppression des règles ; c'est l'arthrite *primitive*. Il se peut qu'elle succède à un rhumatisme aigu qui, après avoir été général,