

hydarthrose assez banale du genou gauche, et certes rien dans les caractères de cette hydarthrose ne méritait à première vue d'attirer notre attention. Quelques jours auparavant, en cirant le parquet de la maison où elle est employée, elle avait fait une chute sur le genou gauche et avait aussitôt éprouvé une douleur assez vive. Ce ne fut cependant que vers le soir que le genou commença à gonfler et que la marche devint difficile ; la malade resta alors au lit avec un genou tuméfié, un membre impotent. Les jours suivants, le gonflement persiste ; il n'y a aucune amélioration, et la malade se décide à venir réclamer nos soins. Elle vient de chez elle à l'hôpital à pied.

Et à la visite, le lendemain je constatais tous les signes d'une hydarthrose de moyen volume : le genou gauche était globuleux, les culs-de-sac de la synoviale dénotaient sous le triceps leurs contours arrondis, la rotule soulevée se laissait déprimer vers les condyles et donnait un choc très net, la fluctuation était facile, évidente. Il y avait donc hydarthrose.

Mais en examinant ce genou, je me rendais bien vite compte qu'il y avait plus ici que la conséquence d'un accident fortuit ; la rotule semblait jouir d'une mobilité exagérée, et en remontant dans le passé de la malade, on retrouvait jusqu'aux premières années de l'enfance les manifestations symptomatiques d'une *luxation récidivante de la rotule*.

Voici en effet ce que l'interrogatoire de la malade nous apprenait : elle avait marché tard, à l'âge de trois ans seulement ; à cette époque elle avait eu la scarlatine, et ce n'est qu'après cette maladie qu'elle avait commencé à marcher.

Dès ce moment et jusque plus tard, quoique marchant comme tout le monde, elle fut très sujette aux chutes. Elle tombait souvent, et ces chutes fréquentes la gênèrent même tellement, que, devenue jeune fille, elle dut quitter le métier qu'elle avait choisi, celui de porteuse de légumes aux Halles, et entra dans un atelier de confection où elle restait assise une partie de la journée. Ainsi les chutes devinrent plus rares ; mais elles se produisaient encore de temps en temps, et c'est à une de ces chutes « à répétition » qu'est dû l'épanchement de synovie que la malade présente actuellement.

Lorsqu'on cherche à savoir comment et pourquoi ces chutes se réalisent, voici ce qu'on apprend : elles se produisent brusquement, sans douleur, sans avertissement. Elles sont presque toujours la conséquence d'un mouvement de flexion : aussi se produisent-elles surtout lorsque la malade court ou encore lorsqu'elle descend un escalier.

III

SUR UN CAS

DE SUBLUXATION RÉCIDIVANTE DE LA ROTULE

- I. *Observation* de subluxation récidivante externe de la rotule, avec hydarthrose chez une jeune femme de vingt-trois ans.
 - II. *Nature* de cette luxation : elle n'est ni traumatique, ni pathologique ; elle est congénitale.
 - III. *Ses lésions* : intégrité des os, relâchement des parties fibreuses internes. Prognostic sérieux pour la fonction.
 - IV. *Son traitement*. Histoire des opérations pour luxation récidivante. Inutilité des opérations osseuses. Avantage du plissement capsulaire.
- Opération. — Résultat.*

MESSIEURS,

Il est en ce moment dans notre salle des femmes, une malade atteinte d'une hydarthrose du genou. A plusieurs reprises, je l'ai donnée à examiner à des candidats au cinquième examen, et aucun n'a pu saisir à côté d'une hydarthrose banale la cause réelle de l'accident, la nature de la maladie. Cette femme est atteinte d'une subluxation de la rotule.

La lésion est minime, la difformité est inappréciable à tel point qu'elle peut passer inaperçue à un examen peu attentif. Malgré qu'elle soit incomplète, la luxation est cependant responsable ici de troubles fonctionnels assez sérieux, et j'ai jugé qu'il y avait utilité à pratiquer sur ce genou une opération qui aura pour but de rétrécir une capsule articulaire trop lâche, et fera un « plissement capsulaire ». Profitons-en pour faire ensemble une rapide incursion dans le domaine encore peu connu, des luxations spontanées de la rotule et de leur traitement.

I

Notre malade est couchée au lit n° 17 de la salle Notre-Dame ; elle est entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 avril. Elle ne présentait alors qu'une

Tout d'un coup elle sent sa jambe gauche se dérober sous elle, et elle est à terre. Aussi, bien qu'elle ne boite pas, elle marche avec précaution, elle cherche à éviter, ou du moins à surveiller ce mouvement de flexion, qui semble occasionner tout particulièrement la chute. Et malgré toutes ces précautions, malgré la prudence et la lenteur avec lesquelles ces mouvements sont calculés, la malade ne parvient pas cependant à éviter ces chutes, qui se reproduisent tantôt tous les huit jours, et tantôt deux fois dans la même journée.

L'examen du genou nous révèle en dehors de l'hydarthrose, la cause de ces accidents : c'est une subluxation en dehors de la rotule, subluxation récidivante et volontaire.

Au repos, lorsque le membre est en extension, il n'y a rien d'anormal dans la conformation du genou ; la rotule a son volume anormal, elle est à sa place entre les condyles, on peut seulement la déplacer en dehors plus facilement qu'à l'état normal. Dans la flexion extrême, la rotule oscille sur le plan des condyles sans dévier : le mouvement s'exécute librement, et il se fait aussi bien sous l'influence de la volonté que par la provocation.

Mais par contre, lorsque la jambe est dans une attitude de demi-flexion, la malade peut avec une contraction du triceps, mettre spontanément la rotule en luxation externe. Un ressaut se produit, et brus-

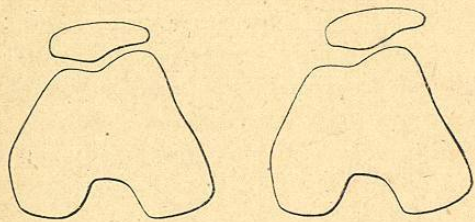


Fig. 15. — Schéma de la rotule et des condyles (genou gauche).

A gauche, situation normale ; à droite, subluxation externe.

quement la rotule se déplacé en dehors sur le condyle externe ; elle ne change pas d'axe, sa direction reste la même, sa face cutanée regarde toujours en avant, sa face cartilagineuse en arrière, mais son bord externe déborde le plan du condyle externe et fait sous la peau une saillie appréciable et dont le schéma que voici vous donnera une idée (fig. 15).

Il n'y a pas luxation complète, car pour cela il faudrait que le déplacement soit égal à la largeur de la rotule ; le déplacement n'est que de quelques millimètres, et juste assez accentué pour permettre au bord externe de la rotule de déborder en dehors le condyle fémoral. Il y a donc seulement *subluxation*.

Si la malade peut exécuter volontairement cette luxation, à l'aide

d'un mouvement que l'expérience lui a permis de définir et qu'elle retrouve après hésitation, elle n'est pas libre cependant de l'empêcher à son gré. Quand elle marche, quand elle court, le déplacement se produit sans qu'elle puisse l'entraver ou du moins sans qu'elle en ait le temps. Il en est de même lorsqu'elle descend les escaliers ; c'est une épreuve redoutable pour les luxés de la rotule que de descendre les escaliers. Il faut autant de fois fléchir le genou qu'il y a de marches, et ce sont autant d'occasions de produire la luxation.

Aussi voit-on en général les malades, et la nôtre ne fait pas exception à cette règle, descendre leurs étages avec ménagement, avec prudence. J'ai vu en 1898 à Saint-Louis, une petite fille de huit ans, qui ayant une luxation congénitale de la rotule, avait trouvé un ingénieux moyen de parer aux difficultés qui résultaient pour elle de la descente de l'escalier. Elle se plaçait régulièrement à califourchon sur la rampe et se laissait ainsi glisser du haut de ses cinq étages. Le moyen était rapide ; malgré son ingéniosité, il n'était pas sans dangers !

Mais revenons à notre malade ; la luxation récidivante chez elle est donc à la fois volontaire et involontaire.

La réduction s'effectue aisément : dès que cesse le mouvement qui l'a produite, la luxation peut être réduite par propulsion en dedans de la rotule. On perçoit alors le même ressaut qui avait accompagné la production de la luxation, et la rotule reprend sa place entre les deux condyles. La réduction s'obtient encore avec l'extension de la jambe : dès que l'angle de flexion de la jambe sur la cuisse diminue, la rotule revient à sa place. Au contraire, si on exagère la flexion, le triceps tendu maintient la rotule dans sa situation externe, et il devient plus difficile de la ramener en dedans.

Nous trouvons donc à l'exploration la clef des accidents observés et la raison des chutes fréquentes présentées par cette malade, et nous pouvions avec confiance poser le diagnostic suivant : *subluxation récidivante externe de la rotule, avec hydarthrose accidentelle*.

Le diagnostic est aisé, mais ce qui est plus délicat, c'est de définir la cause de cette luxation, c'est de préciser les lésions qui lui permettent de se reproduire, c'est enfin d'établir sur des données précises une thérapeutique efficace. Il y a là trois points que je voudrais successivement discuter.

II

Les luxations récidivantes de la rotule sont celles qui se reproduisent habituellement sous l'influence d'une même cause. On les observe surtout chez les enfants, plus souvent chez les femmes. Depuis trois ans, j'en ai vu 5 cas : 2 seulement concernent des garçons de vingt-quatre et de quinze ans; les 3 autres appartiennent à des filles de huit et de neuf ans. Mais quelles sont les causes qui les occasionnent et surtout ici, quelle est la cause à invoquer ?

Après un *traumatisme*, qui a une première fois créé un déplacement accidentel, la luxation peut récidiver; et cela se conçoit : pour se produire en effet, la luxation traumatique suppose comme condition nécessaire la déchirure des moyens de fixité de la rotule. Une fois rompus, les ligaments ne se reconstituent jamais assez parfaitement, et il persiste sur les ligaments rompus un point faible, dont le moindre choc peut à nouveau révéler l'insuffisance. Mais ici, il ne peut être question de luxation traumatique, puisque à aucun moment du passé de cette jeune fille, il n'est fait mention d'un accident de ce genre.

Bien plus souvent d'ailleurs, les luxations récidivantes sont *spontanées*, elles se développent en dehors de toute influence traumatique, et sont alors *congénitales* ou *pathologiques*. Pathologiques, elles succèdent à une de ces déformations locales de l'articulation, qui produisent l'hydarthrose, le genu valgum, le rhumatisme déformant. Peut-être même certaines maladies générales sont-elles susceptibles de causer à elles seules, par l'état de dystrophie qu'elles impriment à l'articulation, la luxation de la rotule; c'est une hypothèse très vraisemblable. Mais, ici en est-il de même ? la scarlatine que notre malade a eue à l'âge de trois ans, est-elle pour quelque chose dans la production de la luxation. C'est peu probable, et je pense plutôt que cette luxation est réellement congénitale.

Congénitale, elle aurait donc existé dès la naissance, ou du moins dès ce moment, elle était en puissance et ne devait se manifester qu'à l'âge de la marche. Et si je pense qu'il en est ainsi, c'est d'abord qu'elle est apparue de très bonne heure, à l'âge de trois ans; c'est que l'enfant a marché tard, ce qui indique déjà une défectuosité physique et originelle.

Au reste, la question est de peu d'importance; il est bien plus

intéressant de savoir et de rechercher quelles sont les lésions qui ont occasionné et entretiennent actuellement cette luxation. C'est de là que nous devons déduire le pronostic et le traitement de cette affection.

III

Tout d'abord j'affirme qu'il n'existe pas ici de lésions grossières, évidentes du système osseux. Ces lésions osseuses sont très communes dans les luxations congénitales, ce sont donc celles-là que nous devons chercher. Nos investigations sur ce point ont été négatives : la rotule a la même forme, la même largeur que celle du côté opposé; donc pas d'atrophie rotulienne. Le condyle interne, le condyle externe sont normalement conformés, ils mesurent la même circonférence que ceux du côté droit, ni l'un ni l'autre ne fait quelque part une saillie anormale, et s'il existe une modification de ces os, ce ne peut être qu'une modification de surface, un aplatissement inappréciable du condyle externe ou encore un effacement de la crête qui borde en dehors la surface cartilagineuse destinée à la rotule. De même encore, il n'y a rien dans l'attitude du membre qui ressemble à une ébauche de genu valgum; l'axe des deux jambes est parallèle, symétrique et normal.

Si les os sont intacts, il y a au contraire du côté des parties molles de l'articulation, des modifications importantes et sérieuses. Les muscles de la cuisse sont notablement atrophiés; ils le sont tellement, que du côté sain la cuisse mesure 45 centimètres de circonférence, tandis que du côté malade elle n'en a au même niveau que 39. L'atrophie porte surtout sur le triceps, dont la chair est molle, flasque, dont la tonicité est très amoindrie. En outre il y a, il doit y avoir un relâchement des ligaments rotuliens internes; et j'entends par ligaments, tout le territoire fibreux qui de la rotule s'étend en dedans jusqu'au condyle interne et comprend l'aponévrose d'enveloppe, les expansions musculaires et l'aileron rotulien interne. Ce relâchement est nécessaire; il est la condition de la luxation externe; qu'il soit primitif ou secondaire, on ne peut comprendre sans lui la luxation externe; on ne s'explique pas cette mobilité de la rotule sans une distension des liens internes. C'est la seule lésion que l'étude détaillée de notre malade nous permet de constater ou au moins de soupçonner.